

LOTTO _3_

**COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI
DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI**

REVISIONE DEL 08/06/2020

CIG: 8297479049



Polizza Infortuni n°

Tra: A.S.A. Azienda Servizi Ambientali S.p.A.
Partita I.V.A./C.F.: 01177760491
con sede in : Livorno - 57122 –Via del Gazometro,9
e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: _____
si stipula la presente:

POLIZZA INFORTUNI Numero

Contraente : A.S.A. Azienda Servizi Ambientali S.p.A.
Assicurato : Come da condizioni di polizza
Sede Legale : Livorno - 57122 –Via del Gazometro,9
Broker : Willis Italia S.p.A.
Decorrenza della copertura : Ore 24:00 del 30/06/2020
Scadenza della copertura : Ore 24:00 del 30/06/2023
Scadenze annuali: Ore 24:00 del 30/06 di ogni anno
Frazionamento: Annuale
Tacito rinnovo (SI/NO - indicare): NO

DEFINIZIONI	4
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	6
Art. 1: Durata del contratto.....	6
Art. 2: Gestione del contratto	6
Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede	7
Art. 4: Coesistenza di altre assicurazioni	7
Art. 5: Riferimento alle norme di legge - Foro competente	7
Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto	7
Art. 7: Tracciabilità dei flussi finanziari.....	8
Art. 8: Denuncia dei sinistri – Impegni della Società.....	8
Art. 9: Facoltà di recesso	9
Art. 10: Trattamento dei dati	9
CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE.....	10
Art. 1: Soggetti assicurati - Limiti di età- Variazioni dell'attività professionali.....	10
Art. 2: Oggetto dell'assicurazione	10
Art. 3: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali.....	10
Art. 4: Estensioni della copertura.....	11
Art. 5: Liquidazione del danno	12
Art. 6: Modalità per la liquidazione dell'indennità.....	14
Art. 7: Esclusioni	15
Art. 8: Rinuncia al diritto di surroga.....	15
Art. 9: Controversie sulla definizione del danno.....	15
Art. 10: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede.....	16
Art. 11: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese	16
Art. 12: Riparto di coassicurazione e delega	17
Art. 13: Altre assicurazioni - Detrazioni.....	17
Art. 14: Assicurazione per conto altrui	17
Art. 15: Disposizione finale	17
CAPITALI ASSICURATI	18
CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA	18



DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Ente: A.S.A. Azienda Servizi Ambientali S.p.A, Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto, persona fisica, il cui interesse é protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto, persona giuridica, che stipula la assicurazione;

Attività dell'Amministrazione: L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Broker: il Broker vigente ATI Willis Italia S.p.A. / Assiteca S.p.A.;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o oggettivamente constatabili;

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale).

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa de-



fine delle strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Azienda;

Rischio extra-professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

Retribuzioni :Per Retribuzione si intende quanto, al netto delle ritenute per oneri previdenziali a carico del Contraente, risultanti dai libri paga corrisposte al personale (INAIL e non INAIL), l'Assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se di ammontare non fisso, con esclusione di quanto percepito a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere occasionale. Per la determinazione della somma assicurata si considera retribuzione annua dell'Assicurato quella da lui percepita nei termini suddetti nei dodici mesi che precedono il mese in cui si è verificato il sinistro.

Per coloro che non hanno raggiunto l'anno di servizio, si considera retribuzione annua quella che si calcola moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'Assicurato dal giorno dell'assunzione sino al giorno del verificarsi dell'infortunio, tenendo conto anche dei giorni non lavorativi.

La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il contraente è tenuto a fornire chiarimenti e la documentazione richiesta.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30.06.2020, e scadenza alle ore 24.00 del 30.06.2023, con scadenze annuali intermedie al 30 giugno di ciascun anno, e con espressa esclusione del tacito rinnovo.

Inoltre, alla cessazione del contratto da qualunque causa determinata, è prevista una facoltà di proroga tecnica dell'assicurazione che la Società è tenuta a concedere, alle medesime condizioni normative ed economiche vigenti, per un periodo non superiore ad ulteriori 6 (sei) mesi, a fronte di specifica richiesta del Contraente da comunicare alla Società non oltre i 15 giorni antecedenti la cessazione del contratto.

Per tale periodo di proroga all'Impresa spetterà un importo di premio per ogni giorno di copertura che non potrà essere superiore a 1/365 del premio annuale di polizza.

È facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo raccomandata inviata dall'una all'altra parte almeno 60 (sessanta) giorni prima di tale scadenza; resta inteso che in caso di recesso esercitato da ciascuna delle parti, contraente e società, ai sensi del presente comma, il Contraente potrà richiedere la proroga dell'assicurazione ai sensi del comma precedente per un periodo massimo di ulteriori 6 (sei) mesi.

L'assicurato, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la società non sia disposta ad una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker è liberatorio per la Amministrazione, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno del mese successivo a quello in cui il broker ha comunicato alla Società l'avvenuto incasso.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte della Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede.

Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

La Società ha 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.

Art. 4: Coesistenza di altre assicurazioni

L'Amministrazione e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e /o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, la Amministrazione e gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 5: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede l'Amministrazione.

Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, l'Amministrazione pagherà alla Società, per il tramite del broker, i premi o e rate di premio spettante entro i 90 giorni successivi all'effetto dell'assicurazione, nonché suoi rinnovi, proroghe.

Nel caso di variazioni contrattuali o regolazioni onerose, il termine di cui al paragrafo che precede decorre dalla data di ricevimento della variazione o della regolazione premio da parte del Contraente.



Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso l'Agenzia delle Entrate Riscossione, ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agenzia delle Entrate Riscossione costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 7: Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 8: Denuncia dei sinistri – Impegni della Società

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Amministrazione, per il tramite del broker, entro quindici giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società.



La Società fornirà annualmente all'Amministrazione per il tramite del broker, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le iniziali dell'infortunato
- lo stato del sinistro (riservato / liquidato / respinto)
- l'importo stimato per la sua definizione
- l'importo liquidato

É facoltà dell'Amministrazione richiedere ed obbligo della Società fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora l'Amministrazione lo richieda.

Art. 9: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 30' giorno successivo alla sua definizione, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. .

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 180 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla Contraente).

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà alla Contraente il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) cadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che la Azienda dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. Pagamento del premio che precede) per il periodo corrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di termine della copertura assicurativa, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Art. 10: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1: Soggetti assicurati - Limiti di età- Variazioni dell'attività professionali

Sono assicurati i soggetti alle Categorie di seguito elencate, richiamati nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

1. Dirigenti
2. Impiegati
3. Operai
4. Tirocinanti operai/impiegati

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che il Contraente e/o Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- L'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- L'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta proporzione esistente tra il premio pagato ed il premio che avrebbe dovuto pagare in base alla nuova attività esercitata.

Art. 2: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale e/o esborsi per spese mediche.

Art. 3: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati:

- ◇ di cui al punto 1 dell'Art. Soggetti assicurati: verificatisi in occasione e non e/o in conseguenza o meno dell'espletamento del loro incarico o funzione, o a esso correlati, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto da, tra, per il/i luogo/i di lavoro, la guida o uso di mezzi di locomozione di proprietà o in uso agli stessi o di proprietà o in uso all'Ente (rischio professionale e rischio extraprofessionale).

Costituiscono oggetto dell'Assicurazione anche le malattie professionali (intendendo come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30/06/1965 n.1124 e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione del contratto) che si manifestino nel corso di validità della presente polizza e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% (dieci per cento) della somma totale. Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Il Contraente dichiara che le persone assicurate non presentano alcuna manifestazione morbosa tale da farle ritenere affette da qualsiasi malattia professionale.

Qualora la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del posto di lavoro, la predetta franchigia si intende abolita.

Rientrano nella definizione di invalidità permanente assoluta anche le invalidità che, indipendentemente dal grado, sia tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro in essere, come anche le invalidità di grado pari o superiore ai 2/3 del totale;

- ◇ di cui al punto 2 dell'Art. Soggetti assicurati:
in occasione dello svolgimento delle attività prestate a favore della Amministrazione compreso il tragitto da, tra, per il/i luogo/i di lavoro nonché da e per l'abitazione.
- ◇ di cui al punto 3 dell'Art. Soggetti assicurati:
in occasione dello svolgimento delle attività prestate a favore della Amministrazione compreso il tragitto da, tra, per il/i luogo/i di lavoro nonché da e per l'abitazione.

Art. 4: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi
 - ◇ malore ed incoscienza e colpi di sonno, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
 - ◇ ubriachezza;
 - ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente
 - ◇ calamità naturali: solo per il punto in parola, nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di Euro 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per anno assicurativo; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.
 - ◇ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra;
 - ◇ colpa grave dell'Assicurato;
 - ◇ rientro sanitario: l'assicurazione viene estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente e che rendano il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza- La garanzia è prestata sino alla concorrenza di Euro 3.000,00 (tremila/00);
 - ◇ rimpatrio salma: L'assicurazione viene estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepoltura in Italia. –La garanzia è prestata sino alla concorrenza di Euro 3.000,00 (tremila/00);
 - ◇ a maggior precisazione, l'assicurazione infortuni è valida e operante anche per le persone affette da diabete
- nonché:
- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
 - ◇ l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive

- ◇ le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio e la malaria, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- ◇ il contatto con corrosivi
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche
- ◇ l'assideramento o congelamento;
- ◇ soffocamento da ingestione solidi;
- ◇ intossicazioni anche aventi origine traumatica.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 5: Liquidazione del danno

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a 5 (cinque) volte la retribuzione globale annua (intendendo con ciò quanto, al lordo delle ritenute, venga effettivamente ricevuto a compenso delle proprie prestazioni) spettante all'assicurato alla data dell'evento.
In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito.
2. Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, la Società determina e liquida per tale titolo, l'indennità, secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche, in misura pari:
 - ◇ all'importo corrispondente a 6 (sei) volte la retribuzione globale annua come sopra definita, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato, all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

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

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice 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 nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 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.

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

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. 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'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

Per la "Categoria Dirigenti" di cui all'Art.1 Soggetti Assicurati, non è prevista l'applicazione di alcuna franchigia, mentre per le altre Categorie non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% (tre per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3% (tre per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di invalidità permanente di grado superiore al 10% (dieci per cento) la franchigia di cui sopra si intende annullata.

Per tutte le Categorie la somma assicurata verrà corrisposta per intero nel caso di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% della totale.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute durante il ricovero in Istituto di cura pubblico o privato sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
 - ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
 - ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
 - ◇ intervento chirurgico anche ambulatoriale,
 - ◇ visite mediche specialistiche ed acquisto medicinali,

- ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici anche specialistici,
- ◇ per applicazioni di apparecchi gessati, tutori, bendaggi, artroscopia diagnostica ed operativa
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 (tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri, o per attività di protezione civile e/o di emergenza sanitaria - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile l'importo di Euro 6.000.000,00 (seimilioni/00); superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all'art. Estensioni di copertura relativamente alla efficacia della stessa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa è efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

In caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati che siano causati, riconducibili o conseguenti ad un medesimo evento, causa o circostanza, l'esborso a carico della Società – limite catastrofale – non potrà superare la somma complessiva di Euro 15.000.000,00 (quindicimilioni/00). Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art. 6: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 3. dell'art. "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

Art. 7: Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Amministrazione;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
- ◇ atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- ◇ abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- ◇ partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ◇ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ◇ guida di mezzi di locomozione aerei.

Art. 8: Rinuncia al diritto di surroga

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 9: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Amministrazione. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Amministrazione.

I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 10: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede

Il premio di polizza è calcolato, in base alle Categorie di appartenenza degli assicurati indicati nella scheda di conteggio del premio, moltiplicando il per il valore delle retribuzioni lorde annue anticipate per la tassazione promille imponibile applicata, oltre tasse in uso.

Esso risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati variabili forniti al perfezionamento del contratto, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

L'Amministrazione fornirà quindi alla Società, entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni intervenute. Trascorso senza esito il termine sopra indicato l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Amministrazione inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati. A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni per inclusioni o esclusioni queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione da parte dell'Amministrazione.

L'Amministrazione è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso dell'Amministrazione stessa. Altrettanto, l'Amministrazione e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Si conviene che, ove l'Amministrazione abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto di richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 11: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Società mandataria
- ⇒ Compagnia ... Società mandante
- ⇒ Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%

Art. 12: Riparto di coassicurazione e delega

(operante se del caso)

L'assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate.

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici elencate nel "Riparto".

Ciascuna Società è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, esclusa ogni responsabilità solidale.

Le Compagnie coassicuratrici riconosceranno come validi ed efficaci anche nei propri confronti, tutti gli atti compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune, fatta eccezione per l'incasso dei premi di polizza la cui regolazione verrà effettuata dal broker direttamente con ciascuna Società.

- ⇒ Compagnia ... Quota ... % - Delegataria
- ⇒ Compagnia ... Quota ... %
- ⇒ Compagnia ... Quota ... %

Art. 13: Altre assicurazioni - Detrazioni

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Amministrazione (quale, ad esempio, la tutela assicurativa Inail), dall'indennizzo dovuto ai sensi del presente contratto verrà dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

Art. 14: Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come stabilito dall'art 1891 del C.C.

Art. 15: Disposizione finale

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

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

CAPITALI ASSICURATI

Destinatari dell'assicurazione	Capitali assicurati euro		
	Caso Morte	Invaldit� Permanente	Rimborso Spese
1) Dirigenti	5 X R.A.L. max 1.000.000,00	6 X R.A.L. max 1.200.000,00	€ 5.000,00
2) Impiegati	5 X R.A.L. max 200.000,00	6 X R.A.L. max 240.000,00	€ 5.000,00
3) Operai	5 X R.A.L. max 175.000,00	6 X R.A.L. max 210.000,00	€ 5.000,00
4) Tirocinanti	200.000,00	200.000,00	€ 5.000,00 € 5.000,00

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

	<u>Retribuzioni erogate – preventive/numero teste</u>	Aliquota promille	Premio imp.le
	Euro		
1) Dirigenti	500.000,00		
2) Impiegati	7.900.000,00		
3) Operai	6.000.000,00		
4) Tirocinanti	3		
Totale premio imponibile		Euro	..
Imposte		Euro	..
Totale premio lordo annuo		Euro	..



PAGINA DA **NON** COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA