

**CAPITOLATO POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**

LOTTO N. 5

La presente polizza è stipulata tra

<p>ITALIA LAVORO SPA</p> <p>VIA GUIDUBALDO DEL MONTE 60</p> <p>00197 ROMA</p> <p>P.IVA 05367051009</p>
--

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	31/12/2016
Alle ore 24.00 del :	31/12/2019

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	31/12
-------------------------------	--------------

SEZIONE 1 DEFINIZIONI – DESCRIZIONE DEGLI ASSICURATI E RISCHI COPERTI

Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Polizza :	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente :	ITALIA LAVORO SPA
Assicurato :	La persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario :	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari o i beneficiari designati, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso. Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di Morte dell'Assicurato stesso. Un Assicurato può cambiare il beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso del beneficiario designato, fornendo una richiesta scritta di cambio al Contraente della polizza assicurativa o alla Società.
Società :	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker :	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio :	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo :	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia :	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo :	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio :	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente
Invalidità permanente :	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di cura:	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
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Somma/capitali assicurati	la massima esposizione della Società per sinistro e per persona assicurata
Rischi extraprofessionali	Gli infortuni che l'Assicurato subisca nell' esercizio delle occupazioni professionali principali ed accessorie dichiarate

Aeromobile di linea	Veicolo abilitato al trasporto di almeno 20 passeggeri che operi per una compagnia aerea a condizione che : 1 – detta compagnia sia in possesso di un certificato per il trasporto pubblico di passeggeri e che effettui il servizio tra aeroporti stabiliti ad orari regolari e determinati; 2 – che il volo venga effettuato regolarmente e con continuità sulle rotte e orari pubblicati nella ABC World Airways Guide
Paese di residenza principale	Dove l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.

Art. 2 - Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie sotto indicate, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura:

Cat. A) Presidente / A.D. o Amministratore Unico

Cat. B) Dirigenti;

Cat. C) Quadri ed Impiegati;

Cat. D) Lavoratori Parasubordinati di cui al dlgs 38/2000 e all'art. 409 cpc.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per la loro identificazione e per il computo del premio si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

L'assicurazione copre automaticamente tutti gli Assicurati senza alcuna notifica preventiva dei rischi, purché il Contraente dia comunicazione alla Società al termine di ogni annualità assicurativa, nei termini previsti dalla presente polizza, del numero effettivo degli Assicurati e degli altri elementi variabili riportati nella Sezione 6 della presente polizza.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire. La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

Art. 3 – Rischi assicurati

La presente polizza è operante per tutti gli Assicurati appartenenti alle categorie assicurate A), B), C) per i seguenti rischi:

- a) per il rischio professionale nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dall'assicuratore, non avrebbero determinato alcun aumento del premio;
- b) per il rischio extraprofessionale nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Il c.d. rischio *in itinere* si intende compreso nelle attività professionali di cui al punto a) e si intende come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000

Per gli Assicurati appartenenti alla categoria D) la presente polizza vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dall'assicuratore, non avrebbero determinato alcun aumento del premio, si intende compreso nelle attività professionali il rischio **in itinere** come definito e disposto dal Decreto Legislativo n°38/2000.

SEZIONE 2 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..

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto immediato rispetto alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'art. 1897 C.C.. La Società corrisponderà, al netto dell'imposta, la quota di premio pagata e non consumata, a scelta del Contraente, immediatamente oppure in occasione della scadenza dell'annualità di premio.

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio così pure le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione o durante il corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto di indennizzo, né riduzione dello stesso sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui le circostanze si sono verificate.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i sinistri 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 – aumento delle somme assicurate

Il Contraente è inoltre esonerato dal comunicare alla Società 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.

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.

Agli effetti di presenti e futuri obblighi di assicurazione ai sensi di Legge, la presente polizza ha carattere del tutto indipendente e del tutto integrativo.

Nel caso di aumento di somme assicurate, la Società non è tenuta ad applicare i tassi di premio praticati anteriormente per gli stessi rischi.

Art 3. - Durata dell'assicurazione – proroga - disdetta

L'assicurazione ha durata 36 mesi e ha effetto dalle ore 24 del 31.12.2016 e scadrà alle ore 24 del 31.12.2019 e cesserà automaticamente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

La Società si impegna a concedere, su richiesta del Contraente, una estensione temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza contrattuale o dalla scadenza annuale, nel caso le Parti si avvalgano della facoltà prevista all'ultimo comma del presente articolo, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova assicurazione, purché la richiesta del Contraente avvenga con un preavviso non inferiore ai 30 giorni dalla scadenza; il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione ogni anno, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 3 mesi prima della scadenza annuale.

Ai sensi dell'art. 35 del 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 pari a quella dell'iniziale appalto, previa adozione di apposito atto, che la Società si impegna ad accettare alle medesime condizioni contrattuali ed economiche. Questa disposizione non è operante nel caso in cui la Società si sia avvalsa della facoltà di recesso annuo o a seguito di recesso per sinistro previste nella presente polizza.

Art.4 – Decorrenza della Garanzia e Pagamento del Premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato, in deroga all'Art. 1901 Codice Civile, entro 60 giorni a partire dalla data di decorrenza della copertura, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24 del giorno di decorrenza. In mancanza di pagamento del premio, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze. (Art.1901 cc).

I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Anche le **eventuali appendici** comportanti un incasso del premio potranno essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione, da parte della Contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Si precisa che i rapporti contrattuali dovranno conformarsi alle disposizioni relative agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136 del 13/8/2010 (si veda successiva specifica clausola).

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 fine 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, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 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.

Il Contraente, 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), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo 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.5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile per le categorie B) - C) – D), esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 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, e precisamente le retribuzioni – come definite all'art 1 della Sezione 6 - corrisposte alle categorie sopra indicate.

A tale scopo entro 150 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, come indicati alla Sezione 6.

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 deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale limitatamente ai sinistri accaduti nel periodo per il quale non è avvenuta la notifica o il pagamento del premio, la Società potrà indennizzare gli stessi nella medesima proporzione esistente tra l'importo di premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore), salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente.

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 dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Compagnia ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera Raccomandata A.R.

In ambedue i casi di recesso la Compagnia rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le tasse.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, se non diversamente indicato in polizza, salvo esplicita accettazione da parte del Contraente e conseguente riduzione del premio.

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 od altro mezzo (telefax, e-mail, telegramma, pec) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

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

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 - Assicurazione per conto altrui

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

Art. 13 - Variazione nella persona del Contraente

Il Contraente stipula per sé o per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate. In caso di

alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda. In caso di fusione della Società Contraente con una o più Società, il contratto continua con la Società costituita. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della Società Contraente o di sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi o aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal suo verificarsi, alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

Art.14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società si impegna a fornire al Contraente, con scadenza semestrale, i I dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) numero del sinistro della Società
- b) data di accadimento
- c) nominativo infortunato
- d) stato del sinistro ("aperto", "riservato", "liquidato", "chiuso senza seguito")
- e) importo liquidato e relativa data della liquidazione
- f) importo riservato

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. 6 la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita 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 dalla Contraente e/o dal Broker.

Art.15 - Coassicurazione e Delega (valida solo in caso di polizza in coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dal Broker il quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

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

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune.

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

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

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella della Sezione 6 alla presente Polizza.

Art.16 - Clausola Broker

La Stazione Appaltante si impegna a comunicare alla Società, anche in corso di polizza, il nominativo del Broker cui è affidata la gestione ed esecuzione della presente polizza assicurativa ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i...

Agli effetti dei termini fissati dalle Condizioni Generali di polizza, ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia, si intenderà come fatta dal Contraente, e così pure ogni comunicazione fatta dalla Compagnia al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia. Le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate con lettera raccomandata o telefax o con qualsiasi altro mezzo di comunicazione idoneo.

Il Contraente riconosce pertanto che 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 dal Broker la quale è altresì autorizzata ad effettuare l'incasso del premio.

Il pagamento del premio avverrà tramite il broker il cui compenso sarà a carico della Compagnia aggiudicataria, nella misura di cui al disciplinare di gara, da applicare su ogni rata di premio pagata.

Art.17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art.18 – Tracciabilità dei flussi e clausola risolutiva espressa

- a) La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede il Contraente.
- c) Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla Società e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte della stessa agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.
- d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, qualora, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dalla Società sia rilevato il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 C.C.. La risoluzione si

verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola presente risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 C.C., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 19 - Tutela della Privacy

In relazione alle disposizioni a tutela dei dati personali, le parti dichiarano di trattare i dati personali propri e dei soggetti a cui si fa riferimento nel presente atto esclusivamente per finalità strettamente connesse a quest'ultimo, per assolvere ad ogni obbligo di legge e per ogni azione di interesse degli organi preposti alla vigilanza in materia di privacy.

La documentazione presentata per la procedura negoziale che ha dato luogo alla stipula sarà trattata da Organi ed Uffici interni preposti alla gestione e controllo degli atti e in tutti gli altri casi previsti dalla legge.

Ciascuna parte fornisce all'altra il consenso al trattamento dei suoi dati direttamente o indirettamente attraverso terzi, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, relativamente alle finalità necessarie alla gestione dell'atto.

SEZIONE 3

RISCHI COPERTI

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali ed extra professionali come specificati all'art. 3 della Sezione 1.

Sono anche considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) assideramento e congelamento;
- c) contatto accidentale con corrosivi
- d) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di disintossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- e) l'asfissia non di origine morbosa;
- f) l'annegamento;
- g) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana;
- h) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.
- i) le conseguenze delle infezioni nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- j) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza;
- k) le conseguenze di azioni di dirottamento o pirateria aerea;
- l) le lesione determinate da sforzi, esclusi gli infarti;
- m) le ernie addominali traumatiche con l'intesa che:

a: nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di indennità permanente non superiore al 10% (dieci per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;

b: qualora sorga una contestazione circa la naturale l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'articolo 8 della Sezione 5.

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- gli infortuni sofferti in stato di ebbrezza purché non alla guida di veicoli;
- gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo, motociclo, natante o mezzo di trasporto a motore a condizione che l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei.

Ai fini della presente copertura le parti concordano che sono esplicitamente inclusi gli infortuni occorsi agli assicurati durante:

- i trasferimenti, per servizio o missione, su mezzi aerei, terrestri (ferroviari o automobilistici anche di proprietà privata) o marittimi;
- il periodo di tempo della missione (per le intere 24 ore) o quello per gli spostamenti di servizio;
- il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

Art. 2 - Attività temerarie

L'assicurazione infortuni è estesa alle seguenti attività per il caso morte e invalidità permanente:

- a) alpinismo con scalata di rocce/ghiacciai oltre il III grado della scala Monaco;
- b) speleologia effettuata in solitario;
- c) immersione con autorespiratore oltre i 18 metri di profondità

L'estensione si intende operante con un capitale pari al 50% di quello previsto per le attività di cui alla lettera b) dell'art. 3 Sezione 1 (rischio extraprofessionale) con il massimo di € 100.000,00.

Restano escluse le attività di tipo professionale o semiprofessionale.

Art. 3 – Rischio Volo – Viaggi Aerei

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre effettua in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) viaggi aerei su aeromobili (compresi gli elicotteri). Il viaggio si intende iniziato con la salita a bordo dell'aeromobile e terminato con l'abbandono dello stesso.

In caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di:

- **€ 30.000.000,00** in caso in cui gli assicurati viaggino a bordo di **aeromobili di linea** certificati per il trasporto pubblico di passeggeri che effettuino il servizio tra aeroporti stabiliti ad orari regolari e determinati. Sono compresi i voli c.d. charter effettuati con aeromobili che effettuino anche servizio di linea
- **€ 5.000.000,00** in caso in cui gli assicurati viaggino a bordo di **aeromobili NON di linea**.

La somma complessiva che precede si intende unica per tutte le polizze stipulate dal Contraente – o per il suo tramite in qualità di Associato ad una Cassa di Assistenza - con la Società per il rischio infortuni. Resta convenuto che l'importo di € 30.000.000,00 rappresenta la somma complessiva massima indennizzabile per sinistro dalla Società per gli infortuni aeronautici così come definiti nel presente articolo di polizza. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

Art. 4 – Rischio Guerra

L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in

quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.

Per guerra si intende ogni attività derivante dalla partecipazione effettiva o tentata nell'uso di forza militare tra nazioni. Rientrano nella definizione di guerra la guerra civile, le rivoluzioni e le invasioni.

L'assicurazione per il rischio guerra non è valida in Italia e nel Paese di Residenza Principale dell'assicurato.

Art. 5 – Morte per incidente stradale

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di incidente stradale, la Società liquiderà una somma addizionale pari al 50% del capitale indennizzabile a termine di polizza, con il massimo di € 200.000,00.

Art. 6 – Calamità naturali

L'assicurazione s'intende estesa agli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura compresi terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

Art. 7 - Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alla malattie Tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia. La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di € 500.000,00.= per Morte ed € 500.000,00.= per Invalidità Permanente.

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%.

Pertanto non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo.

Il Contraente dichiara che gli assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi

Art. 8 - Rimborso Spese mediche da Infortunio

In caso di infortunio risarcibile a termini di Polizza, la Società rimborsa agli Assicurati il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo di € 10.000,00.

Per cure mediche si intendono:

- a) spese ospedaliere o cliniche
- b) onorari a medici o a chirurghi
- c) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi di trasporto speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- d) spese fisioterapeutiche in genere, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante;
- e) spese per le prime protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per le operazioni di plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Art. 9 - Persone non assicurabili

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati, indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali e di salute e da pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art.2 sezione 5 (Criteri di indennizzabilità).

L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 85 anni.

Per quelle che superano tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti successivamente, premi che in tal caso verranno restituiti.

Art. 10 - Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie, le infermità, i difetti fisici o le mutilazioni da cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente polizza o degli inserimenti successivi o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto del successivo art. 2 sezione 5 (Criteri di indennizzabilità).

Art. 11 - Diabete

A maggior precisazione di quanto indicato nella presente polizza l'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

Art. 12 – Ubriachezza

A parziale rettifica di quanto indicato alla successiva sezione 4 "Esclusioni", l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

Art. 13 - Danni Estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità permanente la Società rimborserà fino ad un massimo di € 5.000,00.=. le spese documentate sostenute dall'assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 14 - Limite per evento catastrofe

Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati l'esborso a carico della

Società non potrà superare la somma complessiva di € 50.000.000,00, fatto salvo quanto previsto per il rischio volo.

La somma complessiva che precede si intende unica per tutte le polizze stipulate dal Contraente con la Società per il rischio infortuni.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

Art. 15 - Limiti Territoriali

L'assicurazione vale in tutto il mondo, salvo quanto previsto al precedente art. 4 Rischio Guerra.

Art. 16 CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER LA CAT.B) DIRIGENTI

Resta tra le Parti convenuto che limitatamente alle persone con la qualifica di Dirigente valgono le seguenti condizioni:

Invalidità Permanente Totale

Per i casi d'Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio o a malattia professionale verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato:

- quando l'attitudine al lavoro del dirigente assicurato risulti permanentemente ridotta in misura tale che non sia più obiettivamente possibile la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, fermo restando in ogni caso il disposto dell'art. 2 sezione 5 (Criteri di indennizzabilità);
- se il grado di Invalidità Permanente non sia inferiore al 66%, accertato con i criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 2 sezione 5, e il dirigente sia in grado di proseguire il rapporto di lavoro. Contestualmente al pagamento dell'indennità al 100% la polizza cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato al quale è erogata la prestazione, nonostante lo stesso sia in grado di proseguire il rapporto di lavoro.

Malattie professionali

a) la garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute per l'industria esercita dal Contraente dal D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto.

A tale riguardo il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie;

b) in caso di invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 (per l'industria) e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano in caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita.

Art. 17 CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER LA CAT. C) QUADRI ED IMPIEGATI

Resta tra le Parti convenuto che limitatamente alle persone con la qualifica di Quadro o Impiegato valgono le seguenti condizioni:

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 70% l'indennità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza per invalidità permanente, fermo restando in ogni caso il disposto alla Sezione 5 art. 2 (criteri di indennizzabilità).

SEZIONE 4 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni avvenuti in occasione di guerra ed insurrezione (salvo quanto previsto alla precedente Sezione 3);
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene assunte volontariamente;
- gli infortuni derivanti da dolo o da azioni delittuose dell'assicurato;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- i rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (NUCLEAR ENERGY RISKS EXCLUSION CLAUSE NMA 1975° 1994);
- le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- gli infortuni occorsi durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia del sinistro deve essere fatta per iscritto alla Società o al Broker entro 30 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui l'ufficio del Contraente addetto alla gestione dei contratti assicurativi ne venga a conoscenza o l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. (art. 1913 C.C.).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art.1915 C.C.).

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

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 alla Società a mezzo telefax e/o telegramma. L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

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'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; l'influenza, pertanto, 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.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 3 – Indennizzo per Morte da Infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma ai beneficiari appositamente designati, o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente non sono cumulabili; 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, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra

l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso in caso contrario.

Art. 4 - Morte presunta

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro 1 anno dalla scomparsa, l'arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre fluviale o marittimo contemplato in polizza, nonché scomparsa per qualsiasi altra causa, 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 far 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 garantite da questa polizza.

Art. 5 – Indennizzo per Invalidità Permanente da infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifichi, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida un indennizzo calcolando sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo le disposizioni seguenti ed in base alle percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Le percentuali di invalidità permanente indicate nella tabella di cui all' allegato 1 del decreto di cui al precedente comma, vengono riferite ai capitali assicurati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e l'indennizzo verrà liquidato in contanti anziché sotto forma di rendita.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso: se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennizzo si stabilisce 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 di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dalla suddetta tabella di legge per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata relativamente alle sole categorie B) e C).

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e, quindi, non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall' infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o, comunque, offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Art. 6 - Franchigia sulla invalidità permanente per tutte le categorie assicurate

Di comune accordo fra le Parti, si conviene che la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente, verrà effettuata come segue:

1) sul capitale assicurato dato dai primi 6 multipli di retribuzione per il predetto caso di Invalidità Permanente, non si fa luogo all'applicazione di alcuna franchigia in caso di infortunio risarcibile a sensi delle Condizioni Generali di Polizza;

2) sulla parte eccedente di capitale assicurato, rimane pattuita una franchigia assoluta del 3% se il grado di invalidità permanente accertato in caso di sinistro non sia superiore al 10% della totale pertanto:

a) non si farà luogo a risarcimento per invalidità' permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale;

b) verrà applicata la franchigia del 3% se l'invalidità' permanente sia di grado non superiore al 10% della totale;

c) nel caso in cui l'invalidità permanente sia superiore al 10% della totale, la Società liquiderà l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

La presente franchigia si applica unicamente per le attività di cui alla lettera b) dell'art. 3 Sezione 1 (rischio extraprofessionale) –

Art. 7 - Criteri di Liquidazione

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 45 gg. dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta).

Art. 8 - Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 2 Sez. 5 le Parti si obbligano a conferire, entro 30 giorni dalla comunicazione dell' indennizzo da parte della Società, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti gli indennizzi 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, del Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso 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 vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

E' data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso, entro 2 anni, nel qual caso il collegio può intanto concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

Art.9 Cumulo di indennizzi rischio professionale ed extraprofessionale

Le garanzie e somme assicurate con la presente polizza non sono cumulabili con quelle di altre polizze stipulate con la Società per gli stessi assicurati tramite la Contraente per:

- il rischio professionale, se la presente polizza garantisce unicamente il rischio extraprofessionale
- il rischio extraprofessionale, se la presente polizza garantisce unicamente il rischio professionale
- lo stesso rischio assicurato con la presente polizza se non espressamente convenuto per iscritto.

In questo caso il sinistro sarà liquidato sulla polizza più favorevole all'Assicurato.

Art. 10 - Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del C.C. verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell' Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 6 CATEGORIE & SOMME ASSICURATE, CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 - Assicurazione in base all'ammontare delle Retribuzioni Annue per la categoria B) Dirigenti , per la categoria C) Quadri ed Impiegati e per la categoria D) Lavoratori Parasubordinati

Per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, l'Assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi compresi i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

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

Nel caso in cui l'infortunato non abbia raggiunto l'anno di servizio, è considerata "retribuzione annua ", quella ottenuta moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo di retribuzione compreso dalla data di assunzione e quella dell' infortunio.

Il tasso di premio viene pattuito nella cifra specificata nel conteggio di liquidazione per ogni mille euro di retribuzione computata ai sensi di cui al primo capoverso.

Il premio viene anticipato dal Contraente in base ai preventivi annui di retribuzione pure specificati nel conteggio di liquidazione.

Al termine dell'annualità assicurativa, entro 150 giorni dalla scadenza stessa, il Contraente comunicherà alla Società l'ammontare delle retribuzioni corrisposte alle categorie suindicate e la Società procederà alla regolazione del premio. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità persone assicurate e per il computo del relativo premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

Art.2 – Somme assicurate

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

Categoria A) PRESIDENTE /A.D. O AMMINISTRATORE UNICO

CAPITALI FISSI ASSICURATI PER CIASCUNA PERSONA:

- per il caso morte Euro 1.150.000,00;
- per il caso di invalidità permanente Euro 1.150.000,00.

Categoria B) DIRIGENTI

CAPITALI ASSICURATI PER CIASCUNA PERSONA:

- per il caso morte una somma a favore degli aventi diritto pari a dieci (10) annualità della retribuzione con il massimo di Euro 1.500.000,00;
- per il caso di invalidità permanente una somma pari a dieci (10) annualità della retribuzione con il massimo di Euro 1.500.000,00.

Ammontare annuo preventivo delle retribuzioni corrisposte Euro 2.200.000,00

Categoria C) QUADRI – IMPIEGATI

CAPITALI ASSICURATI PER CIASCUNA PERSONA:

- per il caso morte una somma a favore degli aventi diritto pari a dieci (10) annualità della retribuzione con il massimo di Euro 516.456,89;
- per il caso di invalidità permanente una somma pari a dieci (10) annualità della retribuzione con il massimo di Euro 516.456,89.

Ammontare annuo preventivo delle retribuzioni corrisposte Euro 12.600.000,00

Categoria D) LAVORATORI PARASUBORDINATI

CAPITALI ASSICURATI PER CIASCUNA PERSONA:

- per il caso morte una somma a favore degli aventi diritto pari a cinque (5) annualità del compenso retribuzione con il massimo di Euro 300.000,00;
- per il caso di invalidità permanente una somma pari a sei (6) annualità del compenso con il massimo di Euro 360.000,00.

Ammontare annuo preventivo dei compensi corrisposti Euro 9.000.000,00

Art.3 – 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 per le categorie B), C) e D), il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 5 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria alla presente Sezione 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 nel numero di persone assicurate appartenenti alle categorie B), C) e D).

Categoria	Parametro calcolo premio	Tasso annuo lordo	Premio annuo lordo
A)	A capitali fissi Morte € 1.150.000,00 Invalidità Permanente e 1.150.000,00 - n. 1 persona assicurata	Tasso % ^o Tasso % ^o	Euro = Euro =
B)	Preventivo Retribuzioni annue lorde € 2.200.000,00 (80% delle Retribuzioni anno 2015)	Tasso % ^o	Euro =
C)	Preventivo Retribuzioni annue lorde € 12.600.000,00 (80% delle Retribuzioni anno 2015)	Tasso % ^o	Euro =
D)	Preventivo Compensi annue lorde € 9.000.000,00 (80% dei compensi anno 2015)	Tasso % ^o	Euro =
Totale Premio Annuo Lordo			Euro =

La presente polizza non è soggetta a premio minimo.

Scomposizione del premio annuo lordo anticipato

Premio annuo imponibile	Euro =
Imposte	Euro =
TOTALE	Euro =

Suddivisione del premio

Si precisa che il premio indicato in polizza viene così ripartito

- un importo pari al 30% per gli infortuni extra professionali
- un importo pari al 70% per gli infortuni professionali

Art. 4 – Riparto di coassicurazione

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate :

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 5 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte, che annullano e sostituiscono integralmente le condizioni riportate su moduli a stampa forniti dalla Società che, pertanto, si devono intendere abrogate e prive di effetto.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

II CONTRAENTE

LA SOCIETA'
