

LOTTO N° 4

CAPITOLATO TECNICO

POLIZZA INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra il Contrente

BRESCIA MOBILITA' Spa
Via L. Magnolini n. 3 – 25135 Brescia
C.F. 02246660985 CIG: 9091498D7A

e

Società assicuratrice

Durata della polizza

dalle ore 24.00 del	30-06-2022
alle ore 24.00 del	30-06-2026

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	30-06
------------------------	-------

SOMMARIO

Definizioni 3

CARATTERISTICHE DEL RISCHIO, ASSICURATI E SOMME ASSICURATE	5
IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI	5
SOGGETTI ASSICURATI – CATEGORIE ASSICURATE	5
Massimali, Somme assicurate e Franchigie	8
Calcolo e Regolazione del premio	12
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]	14
ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	14
ART. 2 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI.....	14
ART. 3 - DURATA, PROROGA DEL CONTRATTO, DISDETTA	14
ART. 4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA	15
ART. 5 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO	15
ART. 6 -MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	15
ART. 7 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ	15
ART. 8 - ONERI FISCALI	16
ART. 9 - FORO COMPETENTE.....	16
ART. 10 -INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO	16
ART. 11 - COASSICURAZIONE E DELEGA (OPERANTE SE DEL CASO)	16
ART. 12 – GESTIONE DELLA POLIZZA	16
ART. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	17
ART. 14 - TRATTAMENTO DEI DATI.....	17
ART. 15 - TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI	17
NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO	18
ART.1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE – DENUNCIA DEL SINISTRO	18
ART.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	18
ART.3 CONTROVERSIE.....	21
ART.4 ANTICIPAZIONE INDENNIZZO.....	22
ART.5 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ	22
ART.6 RINUNCIA ALL'AZIONE DI SURROGA	22
ART.7 OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEI RISCHI.....	22
ART.8 PENALI.....	23
RISCHI INDENNIZABILI.....	24
Art.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	24
ART.2 ESTENSIONI PARTICOLARI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	24
ART.3 LIMITI TERRITORIALI	26
ART.4 ESCLUSIONI	26
ART.5 PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI	26
ART.6 MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA (ESTENSIONE DI GARANZIA OPERANTE SOLO PER LE CATEGORIE DOVE RICHIAMATA NELL' ART. MASSIMALI, SOMME ASSICURATE E FRANCHIGIE)	26

Definizioni

Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Polizza	Il documento che prova e regola l'assicurazione
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione, riportato nel frontespizio della presente polizza
Assicurato	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'Assicurato stesso.
Società/Assicuratore	La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione
Broker	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione
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
Massimale	La massima esposizione della Società per ogni sinistro
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico
Scoperto	La percentuale del danno a carico esclusivo dell'Assicurato
Periodo di assicurazione	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale
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 e/o una inabilità temporanea
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.
Inabilità temporanea	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
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.
Rischio in itinere	infortuni che si verifichino a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro o qualsiasi altro luogo, ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria attività, mansione o incarico per conto della Contraente
Rischio Professionale	Gli eventi che si verificano nell'esercizio o a casa delle occupazioni professionali principali, o accessorie anche occasionali, svolte dall'Assicurato
Rischio extra professionale	Gli eventi che si verificano nello svolgimento di qualsiasi attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari, il tempo libero, la pratica di hobby ed in genere di qualsiasi manifestazione della vita quotidiana
Invalidità permanente da Malattia	la perdita, a seguito di malattia, definitiva ed irrimediabile ovvero una riduzione permanente della capacità generica dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

CARATTERISTICHE DEL RISCHIO, ASSICURATI E SOMME ASSICURATE

IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie di seguito riportate, per le quali il Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli Infortuni subiti dagli Assicurati, in Italia o all'estero e che siano **Professionali o in itinere o Extra Professionali, come nel dettaglio precisato per ogni singola Categoria assicurata.**

Per le categorie identificate non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Il Contraente è quindi esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate, per il computo del premio, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione dell'Ente, e di altri documenti equipollenti.

SOGGETTI ASSICURATI – CATEGORIE ASSICURATE

Con il presente contratto si assicurano i seguenti soggetti delle Categorie di seguito specificate.

CATEGORIA 1: Infortuni Professionali, in itinere:

Presidenti, Amministratori Delegati, Consiglieri, Sindaci effettivi, Supplenti, Segretari appartenenti a BRESCIA MOBILITA' SPA, Metro Brescia Società a Responsabilità Limitata, Brescia Trasporti Spa e Società direttamente od indirettamente collegate, controllate, consociate, affiliate e partecipate.

CATEGORIA 2: Infortuni Professionali, in itinere:

Borsisti, Cassieri, Autisti in prova, Portavalori, Stagisti appartenenti a BRESCIA MOBILITA' SPA, Brescia Trasporti Spa e Società direttamente od indirettamente collegate, controllate, consociate ed affiliate.

CATEGORIA 3: Infortuni Professionali, in itinere:

Personale trovantisi nei locali adibiti ad uffici di BRESCIA MOBILITA' SPA, Brescia Trasporti Spa e Società direttamente od indirettamente collegate, controllate, consociate ed affiliate.

CATEGORIA 4: Infortuni Extra-Professionali:

Personale dipendente soggetto al CCNL dipendenti Imprese locali di servizi elettrici o all'accordo relativo (FEDERELETTRICA) (Infortuni extra professionali) appartenente a BRESCIA MOBILITA' SPA, Brescia Trasporti Spa e Società direttamente od indirettamente collegate, controllate, consociate ed affiliate.

CATEGORIA 5: Integrativa INAIL:

Personale dipendente soggetto al CCNL dipendenti Imprese locali di servizi elettrici o all'accordo relativo (FEDERELETTRICA) (Integrativa INAIL) appartenente a BRESCIA MOBILITA' SPA, Brescia Trasporti Spa e Società direttamente od indirettamente collegate, controllate, consociate ed affiliate.

CATEGORIA 6: Infortuni Professionali, in itinere:

Conducenti di veicoli utilizzati per il servizio di noleggio senza conducente

Precisazioni per le differenti Categorie assicurate

CATEGORIA 1 - PRESIDENTI, AMMINISTRATORI DELEGATI, CONSIGLIERI, SINDACI EFFETTIVI, SUPPLENTI, SEGRETARI

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, ivi comprese quelle esercitate in enti e società collegate e/o controllate dal Contraente.

Sono compresi in garanzia tutti gli infortuni verificatisi durante i tragitti, per recarsi/tornare alle eventuali riunioni o collegi. Si intende inoltre compreso il rischio in itinere e quanto previsto all'art. 16 "Infortuni aeronautici".

Sono inoltre compresi in garanzia gli infortuni subiti in occasione della salita o discesa dal veicolo. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

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

CATEGORIA 2 - BORSISTI, CASSIERI, AUTISTI IN PROVA, PORTAVALORI, STAGISTI

La garanzia vale per gli infortuni che le persone subiscano nell'esercizio delle occupazioni professionali principali e secondarie proprie della categoria di appartenenza compresi i viaggi ed il rischio in itinere nonché quanto previsto all'art. 16 "Infortuni aeronautici"

Sono inoltre compresi in garanzia gli infortuni subiti in occasione della salita o discesa dal veicolo.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Relativamente alla categoria AUTISTI IN PROVA si intendono compresi anche gli infortuni subiti in occasione della salita o discesa dagli autobus sui quali si effettua la prova pratica e gli infortuni subiti, in caso di fermata accidentale, per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia o spostarlo dal flusso del traffico o reinserirlo nel medesimo.

CATEGORIA 3 - PERSONALE TROVANTISI NEI LOCALI ADIBITI AD UFFICI DELL'ASSICURATO

Si intendono assicurati gli infortuni verificatisi a seguito di rapina, scippo nei locali adibiti ad uffici della Contraente e delle Società controllate e/o collegate, consociate ed affiliate e destinati al pubblico per il compimento delle operazioni inerenti ai servizi prestati dalla Contraente stessa e dalle Società controllate e/o collegate, consociate ed affiliate. Sono equiparati ai locali i parcheggi od altre aree messe a disposizione della Contraente e delle Società controllate e/o collegate, consociate ed affiliate.

Sono assicurate tutte le persone che si trovino nei luoghi sopra indicati ad eccezione di:

- ✓ dipendenti e/o amministratori della Contraente e delle Società controllate e/o collegate, consociate ed affiliate;
- ✓ dipendenti di Istituto di Vigilanza;
- ✓ membri delle Forze dell'Ordine Pubblico

CATEGORIA 4 - PERSONALE DIPENDENTE SOGGETTO AL CCNL Dipendenti Imprese Locali di servizi elettrici o all'accordo relativo (FEDERELETTRICA)

L'assicurazione garantisce il personale dipendente della Contraente e delle Società controllate e/o collegate, consociate ed affiliate per gli infortuni che potessero occorrere nello svolgimento di qualsiasi attività extra professionale.

Si intende operante quanto previsto all'art. 16 "Infortuni aeronautici".

CATEGORIA 5 – PERSONALE DIPENDENTE SOGGETTO AL CCNL Dipendenti Imprese Locali di servizi elettrici o all'accordo relativo (FEDERELETTRICA)

L'assicurazione è prestata contro gli Infortuni sofferti durante l'espletamento della propria attività per conto della Contraente compresa la guida di mezzi ed il rischio in itinere. L'assicurazione viene prestata per le attività in ambito sociale, civile e culturale svolte ai sensi di legge e/o regolamenti e/o disposizioni in materia di volontariato. La garanzia sarà operante anche durante le attività di addestramento e di formazione in genere.

CATEGORIA 6 – CONDUCENTI DI VEICOLI UTILIZZATI PER IL SERVIZIO DI NOLEGGIO SENZA CONDUCENTE

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dai conducenti di veicoli di proprietà, locazione e/o comodato alla Contraente e Società controllate e/o collegate, consociate ed affiliate, utilizzati dalla Contraente, da Società controllate e/o collegate, consociate ed affiliate, nonché da terzi, per il servizio di noleggio senza conducente.

Sono inoltre compresi in garanzia gli infortuni subiti in occasione della salita o discesa dal veicolo.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni di riparazione del mezzo e i relativi controlli necessari per la ripresa della marcia.

Massimali, Somme assicurate e Franchigie

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. La massima esposizione di rischio della Società relativa ad ogni periodo annuo è di € 10.000.000,00.

CATEGORIA 1 - PRESIDENTI, AMMINISTRATORI DELEGATI, CONSIGLIERI, SINDACI EFFETTIVI, SUPPLENTI, SEGRETARI

- € 620.000 in caso di morte o morte presunta;
- € 620.000 in caso di invalidità permanente;
- € 15.000 per rimborso spese mediche;

CATEGORIA 2 - BORSISTI, CASSIERI, AUTISTI IN PROVA, PORTAVALORI, STAGISTI

- € 160.000 in caso di morte o morte presunta;
- € 210.000 in caso di invalidità permanente;
- € 15.000 per rimborso spese mediche;

Franchigia per il caso di Invalidità Permanente

In caso di infortunio con conseguente Invalidità Permanente si applicano le seguenti franchigie:

- Per capitale assicurato fino ad € 80.000 nessuna franchigia;
- Per capitali assicurati superiori ad € 80.000 franchigia relativa del 3% che si annulla con Invalidità Permanente pari o superiore al 10%.

CATEGORIA 3 - PERSONALE TROVANTISI NEI LOCALI ADIBITI AD UFFICI DELL'ASSICURATO

- € 160.000 in caso di morte o morte presunta;
- € 160.000 in caso di invalidità permanente;
- € 15.000 per rimborso spese mediche;

Franchigia per il caso di Invalidità Permanente

In caso di infortunio con conseguente Invalidità Permanente si applicano le seguenti franchigie:

- Per capitale assicurato fino ad € 80.000 nessuna franchigia;
- Per capitali assicurati superiori ad € 80.000 franchigia relativa del 3% che si annulla con Invalidità Permanente pari o superiore al 10%.

CATEGORIA 4 - PERSONALE DIPENDENTE SOGGETTO AL CCNL Dipendenti Imprese Locali di servizi elettrici o all'accordo relativo (FEDERELETTICA)

- 5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 750.000 in caso di morte o morte presunta;
- 6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 900.000 in caso di invalidità permanente;
- € 15.000 per rimborso spese mediche;

Franchigia

Limitatamente alla garanzia Invalidità permanente è prevista la franchigia del 5% e la liquidazione verrà effettuata secondo quanto previsto dalla tabella A) di seguito riportata.

Determinazione dell'indennità

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

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

TABELLA A)

Invalidità Permanente

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una invalidità permanente la Società liquiderà per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per invalidità permanente.

La valutazione del grado di invalidità permanente sarà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 in vigore al 31.12.1999 con rinuncia alle franchigie relative previste stabilite con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitolati assicurati per il caso di invalidità permanente.

Ad integrazione di quanto precede si statuisce che una volta accertato il grado di invalidità permanente, l'indennizzo verrà effettuato in conformità alla seguente tabella di riferimento:

PERCENTUALE IP ACCERTATA	PERCENTUALE SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE
1/5	0
6/20	PERCENTUALE – 5
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	28
27	31
28	34
29	37
30	40
31	43
32	46
33	49
34	52
35	55
36	58
37	61
38	64
39	67
40	70
41	73
42	76
43	79
44	82
45	85
46	88
47	91
48	94
49	97
50	100

Se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

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

CATEGORIA 5 – PERSONALE DIPENDENTE SOGGETTO AL CCNL Dipendenti Imprese Locali di servizi elettrici o all'accordo relativo (FEDERELETTRICA)

- 5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 750.000 in caso di morte o morte presunta;
- 6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 900.000 in caso di invalidità permanente;
- € 15.000 per rimborso spese mediche;

A parziale deroga e/o modifica e/o integrazione di quanto previsto nelle condizioni che precedono si dà e si prende atto di quanto segue:

Invalidità Permanente

Si precisa che:

- 1) Viene garantita l'invalidità permanente di grado inferiore a quello minimo per l'indennizzo da parte dell'INAIL senza alcuna detrazione;
- 2) Per le invalidità permanenti riconosciute dall'INAIL di grado pari o superiore alla franchigia prevista per legge, viene garantita la corresponsione dell'eventuale differenza fra l'indennità calcolata a termini di polizza ed il valore capitale attuale della rendita liquidata dall'INAIL capitalizzata al 5%.

Si precisa inoltre che la società non apporrà eccezioni alla valutazione del grado di Invalidità permanente accertato dalla commissione medica preposta a tale scopo dall'INAIL.

Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. del 30.06.65 n. 1124 e 38/2000 e quelle per le quali venga accertata la causa di servizio) che si manifestino nel corso di validità della presente polizza e che riducano l'attitudine generica al lavoro.

Aggravamento dell'invalidità

Qualora, ad avvenuta liquidazione da parte della società di somme per invalidità permanente, l'INAIL assumesse a proprio carico la liquidazione per aggravamento delle lesioni riportate dall'infortunato o per invalidità permanente successiva per cause diverse, la società rinuncerà alla restituzione delle indennità già liquidate.

Diminuzione dell'invalidità

Qualora, ad avvenuta liquidazione da parte della società di somme per invalidità permanente, l'INAIL riducesse il grado dell'invalidità stessa fino a farlo ricadere nell'ambito della franchigia prevista dalla legge, la società si impegna ad assumere a proprio carico la liquidazione della percentuale residua.

Determinazione dell'indennità: criteri

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

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

CATEGORIA 6 - CONDUCENTI DI VEICOLI UTILIZZATI PER IL SERVIZIO DI NOLEGGIO SENZA CONDUCENTE

- € 130.000 in caso di morte o morte presunta;

- € 260.000 in caso di invalidità permanente;
- € 15.000 per rimborso spese mediche;

Franchigia per il caso di Invalidità Permanente

In caso di infortunio con conseguente Invalidità Permanente si applicano le seguenti franchigie:

- Per capitale assicurato fino ad € 120.000 nessuna franchigia;
- Per capitali assicurati superiori ad € 120.000 franchigia relativa del 3% che si annulla con Invalidità Permanente pari o superiore al 10%.

Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa alle malattie riconosciute come professionali e/o contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

MASSIMALI E SOMME ASSICURATE OPERANTI PER TUTTE LE CATEGORIE SOPRA RICHIAMATE:

- € 1.000 trasporto della salma
- € 3.000 Spese di trasporto a carattere sanitario
- € 3.000 Rientro sanitario
- € 10.000 Danni estetici
- € 50 Diaria per ricovero
- € 30 Diaria giornaliera gessi

Se l'infortunio colpisce contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 10.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate con la presente polizza e con eventuali altre polizze stipulate per lo stesso rischio con la Società assicuratrice. Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Calcolo e Regolazione del premio

Il premio annuo lordo è di € _____ imposte e tasse comprese, calcolato sui seguenti:

CATEGORIA ASSICURATA	PARAMETRO PER IL CALCOLO DEL PREMIO	PREMIO LORDO PRO CAPITE / TASSO LORDO	PREMIO ANNUO LORDO
1) PRESIDENTI, AMMINISTRATORI DELEGATI, CONSIGLIERI, SINDACI EFFETTIVI, SUPPLENTI, SEGRETARI	numero 24 Assicurati		
2) BORSISTI, CASSIERI, AUTISTI IN PROVA, PORTAVALORI, STAGISTI	numero 18 Assicurati		
3) PERSONALE TROVANTISI NEI LOCALI ADIBITI AD UFFICI DELL'ASSICURATO	numero 30 Assicurati		
4) PERSONALE DIPENDENTE SOGGETTO AL CCNL Dipendenti Imprese Locali di servizi elettrici o all'accordo relativo (FEDERELETTTRICA) Rischio extra-professionale	retribuzioni annue lorde pari ad € 60.000,00		
5) PERSONALE DIPENDENTE SOGGETTO AL CCNL Dipendenti Imprese Locali di servizi elettrici o all'accordo relativo (FEDERELETTTRICA) Integrativa INAIL	retribuzioni annue lorde pari ad € 60.000,00		
6) CONDUCENTI DI VEICOLI UTILIZZATI PER IL SERVIZIO DI NOLEGGIO SENZA CONDUCENTE	numero 8 Assicurati		
TOTALE			

Regolazione del premio

Alla fine di ciascun periodo annuo di assicurazione, onde procedere all'eventuale conguaglio, il Contraente comunicherà alla Società il dato a consuntivo relativo all'effettivo numero degli assicurati per quell'anno, risultante dai registri ufficiali dell'Ente.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

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

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed 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, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento delle differenze attive e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per 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 la documentazione necessari.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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 la Contraente non abbia agito con dolo.

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.

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.

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

ART. 2 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per gli stessi enti oggetto del presente contratto esistano altre coperture, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi. La Società rinuncia fin d'ora alla facoltà concessale dal disposto dell'art.1910 del Codice Civile.

Si esonera il Contraente e gli Assicurati dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se richiesto dalla Società.

ART. 3 - DURATA, PROROGA DEL CONTRATTO, DISDETTA

La presente polizza ha durata dalle ore 24.00 del 30.06.2022 e scadenza alle ore 24.00 del 30.06.2026; a tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È comunque facoltà della Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

È comunque nella facoltà delle parti recedere dalla presente assicurazione al termine di ogni periodo assicurativo mediante disdetta da inviare, tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 180 (centottanta) giorni prima della scadenza annuale.

Ai sensi dell'art. 35, D.Lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata pari a quella dell'iniziale appalto, previa adozione di apposito atto.

ART. 4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo. I premi devono essere pagati alla Società delegataria ovvero al Broker incaricato.

Il premio alla firma verrà corrisposto per il periodo 30.06.2022 al 30.06.2023 e le rate successive avranno frazionamento annuale con decorrenza 30.06.2023.

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.

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

Resta convenuto che è considerata a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio Tesoreria del Contraente a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati alla Società a mezzo raccomandata, PEC o email.

Si precisa che se dai controlli effettuati dal Contraente, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 2008 risultasse un inadempimento a carico della/e Società assicuratrice/i la/e stessa/e si impegna/no a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'Art. 3 del D.M. precedentemente richiamato.

ART. 5 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La Società e/o il Contraente hanno facoltà, dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, di comunicare il proprio recesso dal contratto rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore a 180 giorni a decorrere dalla data di ricezione della raccomandata da parte del Contraente/Società.

In caso di recesso da parte della Società, la stessa rimborserà al contraente i ratei di premio pagati e non goduti escluse le imposte.

ART. 6 -MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche delle polizze debbono essere provate per iscritto.

ART. 7 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte via e-mail e/o posta elettronica certificata indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

ART. 8 - ONERI FISCALI

Tutti gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 9 - FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, a scelta della Contraente, il Foro ove ha sede la stessa oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.lgs 28/2010 ss.mm. e ii..

ART. 10 -INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

ART. 11 - COASSICURAZIONE E DELEGA (OPERANTE SE DEL CASO)

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta relativa alla presente assicurazione, resta inteso che in caso di sinistro la Società Delegataria (in appresso Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società Coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale; la Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

Sempre nel caso in cui l'Assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente polizza, le Società Coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società Coassicuratrici.

ART. 12 – GESTIONE DELLA POLIZZA

Alla Società Aon S.p.a in è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che , con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

ART. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 14 - TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del Regolamento Europeo sulla Privacy, 679/2016, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente Polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

ART. 15 - TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

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

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

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art.1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE – DENUNCIA DEL SINISTRO

Il Contraente deve trasmettere alla Società, entro 30 giorni lavorativi da quando l'Ufficio del Contraente ne venga a conoscenza, la denuncia dell'infortunio che dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker incaricato.

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.

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

Art.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

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

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio (**garanzia morte presunta, sempre operante**). Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza. Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato,

sono peraltro garantite dalla presente polizza.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza prevista le spese necessarie per il **trasporto della salma** fino alla residenza dell'Assicurato. (estensione di garanzia operante solo per le Categorie dove richiamata nell' Art. Massimali, Somme assicurate e Franchigie).

b) INVALIDITA' PERMANENTE

• Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione.

Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

• Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano), indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato, facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

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

Per le 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 o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

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

- se l'ernia è operabile: fino a trenta giorni d'indennità per Inabilità temporanea, se tale indennità è contemplata in polizza;
- se non risulta operabile: indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

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

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

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

Nel caso l'invalidità permanente parziale accertata fosse uguale o superiore al 60% l'Assicurato verrà risarcito al 100%.

c) SPESE MEDICHE

In caso di infortunio verranno rimborsate - garanzia **Rimborso spese mediche** -, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- spese di ricovero, rette di degenza,
- onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- 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.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata. (estensione di garanzia operante solo per le Categorie dove richiamata nell' Art. Massimali, Somme assicurate e Franchigie)

d) INABILITA' TEMPORANEA

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una Inabilità temporanea, le indennità giornaliere previste saranno erogate con il massimo di 60 giorni – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtù di altre garanzie previste dalla polizza – a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione. (estensione di garanzia operante solo per le Categorie dove richiamata nell' Art. Massimali, Somme assicurate e Franchigie)

e) DIARIE

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

L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato

non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto all' Art. *Massimali, Somme assicurate e Franchigie* della presente polizza. Le diarie non sono cumulabili tra loro.

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

- *Diaria per ricovero (estensione di garanzia operante solo per le Categorie dove richiamata nell' Art. Massimali, Somme assicurate e Franchigie)*

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera prevista, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

- *Diaria giornaliera gessi (estensione di garanzia operante solo per le Categorie dove richiamata nell' Art. Massimali, Somme assicurate e Franchigie)*

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, la diaria giornaliera fino al limite ivi stabilito, all'Assicurato che ha per conseguenza un'ingessatura. Detta diaria giornaliera viene corrisposta per l'intera durata dell'ingessatura nei limiti indicati nella scheda sopra citata.

f) SPESE DI TRASPORTO A CARATTERE SANITARIO

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo autoambulanza. Il rimborso avverrà nei limiti del massimale previsto per evento e verrà limitato ad un massimo di due viaggi. *(estensione di garanzia operante solo per le Categorie dove richiamata nell' Art. Massimali, Somme assicurate e Franchigie)*

g) RIENTRO SANITARIO

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite previsto, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia. *(estensione di garanzia operante solo per le Categorie dove richiamata nell' Art. Massimali, Somme assicurate e Franchigie)*

h) Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite previsto per evento. *(estensione di garanzia operante solo per le Categorie dove richiamata nell' Art. Massimali, Somme assicurate e Franchigie)*

Art.3 CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi

o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

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

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

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

Art.4 ANTICIPAZIONE INDENNIZZO

Per invalidità permanente di grado superiore al 10% l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo di indennizzo.

Tale richiesta deve essere presentata almeno 30 giorni dopo l'inoltro della denuncia di sinistro.

La Società, entro 30 giorni successivi, provvederà alla erogazione di un importo pari al 50%, della somma che, sulla base delle stime preliminari, risulterà al momento indennizzabile. Non si darà luogo ad erogazione di anticipi quando sussistano giustificati dubbi sull'indennizzabilità del danno.

Art.5 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

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

Art.6 RINUNCIA ALL'AZIONE DI SURROGA

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

Art.7 OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEI RISCHI

La Società si impegna a fornire al Contraente per il tramite del Broker, alle scadenze semestrali di ogni anno e a richiesta del Contraente stesso, i tabulati contenente i dati relativi all'andamento del rischio dall'inizio del contratto assicurativo in formato elettronico (excel).

Tali tabulati dovranno riportare per ciascun sinistro:

- numerazione attribuita alla pratica
- data di accadimento,
- stato di gestione del sinistro (aperto / riservato / liquidato / senza seguito)
- importo liquidato o posto a riserva
- Descrizione dell'evento
- Nominativo assicurato

Si precisa in proposito che:

- i predetti tabulati dovranno essere forniti entro 30 giorni dalla data sopra indicata, anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker;
- in previsione della scadenza definitiva del contratto, ed al fine di consentire l'indizione di una nuova procedura di gara, 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;
- l'obbligo di fornire i dati in argomento permane anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, a fronte di formale richiesta scritta da parte del Contraente, anche per il tramite del Broker, da inviarsi con cadenza annuale a far tempo dalla data di cessazione della polizza.

Art.8 PENALI

Nel caso in cui la Società non provveda non adempia agli obblighi di fornire i dati sull'andamento del rischio nei modi e nei termini previsti dall' *Art. Obblighi di fornire dati sull'andamento del rischio* il Contraente si riserva la facoltà, trascorsi 10 giorni dal primo sollecito, di applicare una penale pecuniaria di euro 50,00 per ogni giorno di ritardo.

RISCHI INDENNIZABILI

Art.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato nei termini, nelle modalità e per le garanzie previste e richiamate in Polizza.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia causata da fuga di gas, fumi o vapori;
- soffocamento da ingestione di solidi;
- gli avvelenamenti o intossicazioni acute da ingestione di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni (quelle tetaniche) conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- le ustioni di animali e/o vegetali in genere, il contatto con corrosivi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole e di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche di altre cure rese necessarie da infortunio coperto dalla presente polizza;
- i danni estetici conseguenti ad infortunio (quali a titolo esemplificativo le lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti);
- le conseguenze patologiche provocate da impiego e/o contatto con materiale biologico (sangue, saliva, urine, reperti anatomici, ecc.) e/o di altra natura;
- 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 che, durante il viaggio aereo, derivassero da attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, forzato dirottamento purché non conseguenti a guerra (anche se non dichiarata), ad insurrezione o tumulti popolari;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- le malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia;
- ernie e sforzi da causa violenta

Art.2 ESTENSIONI PARTICOLARI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

a) Movimenti tellurici - eruzioni vulcaniche - inondazioni

La garanzia è estesa anche agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, con l'intesa che l'esborso massimo della Società non potrà superare l'importo massimo previsto in polizza, qualunque sia il numero delle persone infortunate, assicurate secondo la presente polizza.

b) Stato di guerra e di insurrezione

La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione 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 in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

c) Eventi sociopolitici

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale sindacale, purché l'assicurato non provi di aver preso parte attiva.

d) Rischio aeronautico

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

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite delle somme assicurate e massimali previsti con il limite massimo di € 10.000.000,00 per aeromobile.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

e) Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate. Per malattie tropicali si devono intendere: Amebiasi, Bilharziosi, Dermotifo, Dissenteria batterica, Febbre itteroemoglobinurica, Meningite cerebro-spinale epidemica, Vaiolo, Febbre ricorrente africana, Infezione malarica perniciosa. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buone condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia. Per tale estensione di garanzia la somma assicurata per la Invalidità Permanente si intende stabilita in € 250.000,00.

f) Elevazione dell'indennità assicurato per il caso di morte

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà in aggiunta all'indennità prevista in polizza un'ulteriore somma pari al 50% di quella assicurata per il medesimo titolo.

g) Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza corrisponderà gli indennizzi dovuti per il caso di Morte o di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza

della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento) l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la Morte o lesioni organiche permanenti.

Art.3 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per tutto il mondo.

L'inabilità temporanea, al di fuori dei Paesi europei, vale unicamente per il periodo di ricovero ospedaliero e dal giorno di rientro in Italia dell'Assicurato.

Art.4 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'Art. *Estensioni particolari della copertura assicurativa*
- sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
- in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
- da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art.5 PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottanta anni. Tuttavia, per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art.6 MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA (ESTENSIONE DI GARANZIA OPERANTE SOLO PER LE CATEGORIE DOVE RICHIAMATA NELL'ART. MASSIMALI, SOMME ASSICURATE E FRANCHIGIE)

L'Assicurazione è prestata esclusivamente per il caso di Morte e Invalidità Permanente totale in conseguenza di malattia manifestatasi nel corso del contratto.

Si considera invalidità permanente totale la perdita, definitiva ed irrimediabile, della capacità all'esercizio dell'attività dell'Assicurato, tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro con la Contraente, ed abbia una riduzione permanente delle sue capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 40%.

La Società liquiderà in tal caso il 100% della somma assicurata.

Resta convenuto che, in ogni caso, l'eventuale cumulo di indennità spettanti all'Assicurato non potrà comunque superare il 100% della somma assicurata.

Resta altresì convenuto che, nel caso in cui il grado di Invalidità Permanente riconosciuto dall'INPS fosse superiore a quello accertato dalla Società, l'indennizzo verrà liquidato sulla base della valutazione INPS.

Qualora poi la liquidazione da parte della Società fosse già intervenuta, l'Assicurato potrà richiedere il conguaglio di indennizzo sempre che l'espressa richiesta - a pena di decadenza - venga avanzata entro e non oltre 12 mesi dal pagamento della somma iniziate riconosciuta dalla Società.

Somma assicurata Morte e Invalidità permanente da malattia € 100.000.

Denuncia della malattia

La denuncia di ciascuna malattia che possa comportare secondo parere medico una invalidità permanente deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato alla Società entro 30 giorni dalla sua diagnosi clinica o strumentale oppure dal memento in cui ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

Successivamente devono essere inoltre inviati i certificati medici, le copie delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti compreso il certificato attestante la stabilizzazione della malattia denunciata. La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che siano trascorsi almeno 150 giorni dalla data della denuncia effettuata nei termini anzidetti e comunque non oltre 210 giorni dalla stessa. La Società risponde delle denunce presentate entro 180 giorni dalla data di cessazione dell'assicurazione.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.