

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
N. CIG 7711493D53

e

Società assicuratrice

Nome
Via/Piazza
C.F / P. IVA
.....

Durata della polizza

dalle ore 24.00 del	30-06-2019
alle ore 24.00 del	30-06-2022

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

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

DEFINIZIONI

ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione
POLIZZA	Il documento che prova l'assicurazione
CONTRAENTE	BRESCIA MOBILITA' Spa Via L. Magnolini n. 3 25135 Brescia (BS) C.F : 02246660985
ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
SOCIETÀ	L'Impresa di assicurazione
COASSICURAZIONE	Ripartizione fra più Società, in quote determinate, del rischio assicurato con un unico contratto di assicurazione
BROKER	AON S.p.a. , filiale di Brescia, quale mandatario incaricato 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.
INFORTUNIO	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
INVALIDITA' 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, conseguente ad Infortunio
MORTE	il decesso dell'Assicurato, compreso lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio
INDENNITA'	La somma dovuta dalla Società, all'assicurato o al beneficiario, in caso di sinistro
BENEFICIARIO:	La/e persona/e alla quale viene liquidata l'indennità spettante calcolata a sensi di polizza

La normativa, qui di seguito dattiloscritta, annulla e sostituisce integralmente tutte le condizioni riportate a stampa che, pertanto, si devono intendere abrogate e prive di effetto ad eccezione eventualmente per la presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt.1892 - 1893 - 1894 – 1898.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza delle dichiarazioni da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Art. 2 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del **30/06/2019**.

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

Se il contraente non paga i premi, le rate di premio successivi, 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.

Le eventuali appendici di variazione che comportano un incasso di premio, dovranno essere pagate dal Contraente entro sessanta giorni dalla data di ricezione del documento, ritenuto corretto. Resta pattuito che la copertura assicurativa risulterà pienamente efficace sin dalle ore 24 della data indicata nella predetta appendice, anche in assenza del versamento del relativo premio.

I premi devono essere pagati alla direzione della Società o alla sede dell'Agenzia o della Società di brokeraggio alla quale è assegnata la polizza.

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

- l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;

- Il pagamento effettuato dal contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della società stessa.

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

Art. 3 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte in forma scritta con telefax, posta elettronica, posta elettronica certificata, raccomandata A/R o altro mezzo idoneo indirizzate al Broker, fatta eccezione per l'esercizio della disdetta/recesso, che dovranno essere esercitati tra le parti contraenti ed in copia al Broker. Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

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

Art. 5 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 6 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data di inoltro della documentazione.

Art. 7 – FACOLTA' DI RECESSO

Premesso che qualora si verifichi una variazione del rischio la Società, sei mesi prima della scadenza annuale, può richiedere motivatamente al Contraente la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali ed il Contraente entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione provvederà a riscontrare la richiesta o a formulare una controproposta, in caso di accordo tra le parti si provvederà alla modifica della polizza a decorrere dalla nuova annualità; in caso di mancato accordo la Società può recedere dalla polizza

dandone comunicazione entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del Contraente. Il recesso avrà effetto dalla scadenza dell'annualità.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta avrà la facoltà di ottenere dalla Società una proroga alle medesime condizioni in corso per un periodo massimo di 90 giorni ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro **60** (sessanta) giorni dalla data di effetto della proroga.

Art. 8 - ONERI FISCALI

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

Art. 9 - CLAUSOLA BROKER

Alla Società di Brokeraggio **Aon S.p.A.** è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker ai sensi del D. Lgs. N. 209 del 7 settembre 2005.

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.

Le comunicazioni effettuate dal Contraente o dagli assicurati e ricevute dal Broker si intendono come ricevute dalla Società anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile. Ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Ai sensi della legislazione vigente, il broker è autorizzato dalla Società all'incasso dei premi, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, i pagamenti dei premi effettuati dal Contraente al broker, si considerano come effettuati alla Società

Clausola broker in presenza di Lloyd's Correspondent (clausola alternativa)

Con la sottoscrizione della presente polizza il Contraente/l'Assicurato conferiscono mandato alla società di brokeraggio AON Spa di rappresentarli ai fini della presente polizza:

Pertanto:

- a) Ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
- b) Ogni comunicazione effettuata dal Broker del Contraente Assicurato al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso.

I Sottoscrittori conferiscono mandato alla Società.....(di seguito nominata Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's) di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente polizza.

Pertanto :

- a) Ogni comunicazione effettuata al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata ai Sottoscrittori
- b) Ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dai Sottoscrittori

Art. 10 - FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso, oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D. L.gs 23/2010 e ss. m.m. e i.i.

Art. 11 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La presente polizza ha effetto dalle ore 24.00 del **30/06/2019** e scadenza alle ore 24.00 del **30/06/2022** e cesserà automaticamente alla scadenza stessa senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

Il premio alla firma viene corrisposto per il periodo dal **30/06/2019** al **30/06/2020** e successivamente sarà da corrispondersi annualmente.

Pur essendo il contratto stipulato per durata superiore ad un anno, la Società ed il Contraente hanno la facoltà di risolverlo alla scadenza di ciascun anno assicurativo, a partire dalla scadenza del **30/06/2020**, mediante comunicazione da inviarsi almeno **180 giorni** prima della scadenza.

Si conviene che nell' ipotesi di risoluzione del contratto alla prima scadenza annuale dello stesso o a quelle successive o comunque prima della cessazione della polizza, è in ogni caso facoltà della Contraente, chiedere ed ottenere dalla Società, una proroga della presente assicurazione, al fine di espletare o di concludere le procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di **180 giorni**.

La società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore.

Il premio relativo alla proroga verrà corrisposto entro **60** (sessanta) giorni dal ricevimento della relativa appendice ritenuta corretta.

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

Art. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che l'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati subiscano nei termini previsti dalle singole categorie di polizza si intendono in ogni caso compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di sostanze solide o liquide;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- le ustioni in genere nonché il contatto con corrosivi;
- le infezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;

e a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore, colpi di sonno ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata; trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, valanghe, slavine, grandine e neve;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- gli infortuni derivanti dall'utilizzo di armi da fuoco.

Art. 14 - ESCLUSIONI

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

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 15 - Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 15 - ESTENSIONI DI GARANZIA (sempre operanti)

RISCHIO GUERRA

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

MORTE PRESUNTA

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

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

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

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

RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Per ogni infortunio la Società assicura per ogni persona assicurata, il rimborso nei limiti di **€ 5.000,00=** per ogni anno assicurativo, le spese per:

- onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

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

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con ambulanza, eliambulanza o aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'assicurato.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

DANNI ESTETICI

Si conviene che nei casi di infortunio non escluso dalle Condizioni di polizza, con conseguenze esclusivamente di carattere estetico (che cioè non dia luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente), la Compagnia Assicuratrice rimborserà fino ad un massimo di **€ 6.000,00** le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre un danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

RIENTRO SANITARIO

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di **€ 3.000,00**, delle spese sostenute dall'assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo idoneo in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza.

RIMPATRIO DELLA SALMA (valido sia Italia che all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpisca nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò sino alla concorrenza di **€ 3.000,00**

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.

ELEVAZIONE DELL'INDENNITA' 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.

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. 16 - INFORTUNI AERONAUTICI

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

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

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di Euro 1.200.000,00.= per il caso di morte, Euro 1.200.000,00.= per il caso di invalidità permanente totale e Euro 250,00.= al

giorno per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile di Euro 6.000.000,00= per il caso morte, Euro 6.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e di Euro 3.000,00= al giorno per il caso di inabilità temporanea assoluta.

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

Art. 17 - SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta sospesa.

Entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore all'inizio del servizio di cui sopra il Contraente ha facoltà di chiedere il rimborso dei premi pagati relativi al periodo in cui l'assicurazione è rimasta sospesa; rimborso che verrà corrisposto al netto delle imposte.

Art. 18 - LIMITI TERRITORIALI E DI INDENNIZZO

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

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di Euro **10.000.000,00.=**

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

Art. 19 - LIMITI DI ETA'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli **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. 20 - PERSONE ASSICURABILI

Fermo quanto disciplinato all'art.14 Esclusioni, sono assicurabili tutte le persone a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli assicurati risultino affetti. Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate, fermo restando quanto disciplinato dall'art. 24 Criteri di indennizzo.

Art. 21 - ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

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

Art. 22 - ALTRE ASSICURAZIONI

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

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

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

Art. 23 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso alla Società. L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

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

Art. 24 - CRITERI DI INDENNIZZO

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

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quando stabilito dall'art. 26.

Art. 25 - MORTE

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

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

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

Vengono parificati al caso di morte lo stato dichiarato di coma irreversibile da infortunio e il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile (vedi precedente art. 15 di polizza).

Art. 26 - INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza di polizza, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 in vigore al 24 luglio 2000 (Settore Industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

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

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

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

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

- se l'ernia è operabile o operata fino ad massimo del 3% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente;

- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 29.

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.

Qualora preesista una "non funzionalità totale di un organo od un arto" e le conseguenze dell'infortunio comportino, a causa di tale preesistente menomazione, una invalidità permanente "bilaterale" viene liquidata una indennità pari al

- 100% della totale nel caso di perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale dell'organo o arto sano;
- doppio del grado di invalidità accertata (con il massimo del 100%) nel caso di perdita parziale dell'uso funzionale dell'organo o arto sano.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al **66%** sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

ART. 27 - INABILITA' TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea dell'Assicurato, la Società liquida la somma giornaliera assicurata come segue:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto a decorrere dalle ore 24 del sesto giorno successivo allo infortunio sino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità temporanea per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente o per morte.

ART. 28 - INDENNITA' DA RICOVERO E GESSATURA

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di cura, anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di Day Hospital (degenza diurna), la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata nella relativa polizza per la durata massima di giorni 360, anche non consecutivi, da quello dell'infortunio.

L'indennità verrà corrisposta anche qualora, in conseguenza di infortunio, l'Assicurato sia portatore, non degente in Istituto di cura, di un apparecchio gessato o qualsiasi altro mezzo, comunque esterno, di contenimento immobilizzante, in tal caso l'indennità verrà corrisposta fino alla rimozione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante.

La Società effettua il pagamento dell'indennizzo su presentazione:

- della cartella clinica nel caso di ricovero;

- di documento sanitario, equivalente alla cartella clinica, nel caso di degenza in Day-Hospital;
- di certificazione medica nel caso di gessatura o di mezzo di contenimento immobilizzante esterno.

Art. 29 - CUMULO DI INDENNITA'

Le indennità da ricovero e da gessatura ed il rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio sono cumulabili con la indennità per morte, per invalidità permanente e per Inabilità temporanea.

L'indennità per morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 30 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

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

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Ciascuna delle Parti (Società ed assicurato) sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

Art. 31 - RINUNCIA RIVALSA

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

Art. 32 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 33 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che ciascuna di esse è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art.1911 del Codice Civile.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente polizza e le singole polizze emesse in applicazione alla stessa, saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare tutte le comunicazioni inerenti la polizza ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della predetta 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, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di ogni polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La spettabile all'uopo designata Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a trattare e firmare gli atti per l'esecuzione e le eventuali variazioni di polizza, anche in loro nome e per conto. Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui documenti di polizza, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote della Società Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Il dettaglio dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

Nel caso in cui la presente polizza sia aggiudicata ad un Raggruppamento Temporaneo di imprese, costituitasi a termini di legge, si deroga totalmente al disposto di cui all'art.1911 del C.C., essendo tutte le imprese associate responsabili in solido nei confronti del Contraente/assicurato. La delega assicurativa è assunta dalla Società indicata dal raggruppamento quale Mandataria.

Art. 34 - REGOLAZIONE PREMIO

Il premio versato in via anticipata all'inizio di ciascuna annualità assicurativa risulta quello derivante dal conteggio di cui al paragrafo "Modalità di conteggio del premio" in base ai parametri ivi previsti.

Entro **120 giorni** da ogni scadenza annuale, il Contraente, direttamente o tramite il Broker, fornirà alla Società i dati consuntivi dei suddetti parametri.

Relativamente alle categorie garantite dalla presente polizza, ove è previsto quale parametro il "numero degli assicurati", il conteggio del premio verrà eseguito sulla base del numero degli assicurati calcolati alla scadenza annua di polizza a prescindere dalle

variazioni intervenute in corso d'anno (inserimenti ed esclusioni) che si riterranno comunque assicurati.

Limitatamente alla categoria assicurata C) Persone trovatisi nei locali adibiti ad uffici dell'Assicurato, la Contraente si impegna, entro 30 giorni, a comunicare l'eventuale apertura di nuovi uffici.

Se il sinistro si verifica prima che la Contraente abbia adempiuto al suddetto obbligo, la Società risponde comunque dei soli eventuali danni occorsi entro 30 giorni dall'apertura del nuovo ufficio.

Se dai conteggi consuntivi risulta un premio dovuto maggiore di quanto versato in via anticipata, il Contraente verserà a conguaglio la differenza attiva alla Società, tramite il Broker, entro **60** giorni dalla data di ricevimento dell'appendice di regolazione ritenuta corretta.

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 il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli mediante atto formale un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni.

La Società, in caso di mancata o ritardata comunicazione dei dati di regolazione o di ritardato o mancato pagamento del premio di conguaglio oltre i termini di messa in mora, provvederà ad indennizzare gli eventuali sinistri accaduti nell'annualità a cui si riferisce la regolazione premio, nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

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. 35 - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società si impegna a fornire al Contraente, con cadenza annuale e comunque su richiesta del Contraente, il dettaglio dei sinistri, indicando per ogni sinistro :

- a) numero del sinistro della Società;
- b) numero di sinistro del broker;
- c) data di accadimento ;
- d) nome dell'infortunato ;
- e) stato del sinistro :
 - sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
 - sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
 - sinistri respinti – senza seguito (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data di stipula della polizza fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte le pratiche, pertanto anche successivamente alla scadenza della polizza.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico, in formato excell, compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

In caso di mancato inoltro dei dati sopra indicati entro 15 giorni lavorativi successivi alla richiesta, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, la Società dovrà corrispondere al Contraente un importo pari al 3%° del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari a €. 900,00.

ART. 36 – TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

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

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

La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

ART. 37 – TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e ss.mm e ii. le parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente necessarie e connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

ART. 38 – TUTELA DELLA PRIVACY

Ai sensi del D.Lgs del 30/06/2003 n° 196 e ss.mm. e ii. si informa che dei dati in possesso della Contraente non verrà fatto trattamento diverso da quello previsto per le finalità istituzionali e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche. Rimane depositato agli atti della Contraente il modulo relativo all'informativa a persone fisiche e giuridiche per i fornitori ai sensi dell'art. 13 del predetto Decreto Legislativo, sottoscritto per presa visione dal Contraente.

ART. 39 - ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA – GESTIONE DEL CONTRATTO

Brescia Mobilita Spa agisce anche in nome e per conto di Brescia Trasporti Spa, Metro Brescia Srl, OMB International Srl in liquidazione e Società direttamente od indirettamente collegate, controllate, consociate ed affiliate nella gestione del presente contratto ad eccezione dei sinistri la cui gestione verrà svolta in autonomia da Brescia Trasporti Spa in nome e per conto di Brescia Mobilita Spa, OMB International Srl in liquidazione e Società direttamente od indirettamente collegate, controllate, consociate ed affiliate e di Brescia Trasporti Spa stessa.

CATEGORIE DI ASSICURATI

CATEGORIA A)

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

CATEGORIA B)

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

CATEGORIA C)

Persone trovatisi nei locali adibiti ad uffici di BRESCIA MOBILITA' SPA, Brescia Trasporti Spa, OMB International Srl in liquidazione e Società direttamente od indirettamente collegate, controllate, consociate ed affiliate.

CATEGORIA D)

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, OMB International Srl in liquidazione e Società direttamente od indirettamente collegate, controllate, consociate ed affiliate.

CATEGORIA E)

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, OMB International Srl in liquidazione e Società direttamente od indirettamente collegate, controllate, consociate ed affiliate.

CATEGORIA F)

Conducenti di veicoli utilizzati per il servizio di noleggio senza conducente

CATEGORIA A)

PRESIDENTI, AMMINISTRATORI DELEGATI, CONSIGLIERI, SINDACI EFFETTIVI, SUPPLENTI, SEGRETARI

Oggetto dell'assicurazione

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.

GARANZIA	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
Caso Morte	€ 620.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 620.000,00
Diaria da ricovero e da gessatura	€ 105,00

CATEGORIA B)

BORSISTI, CASSIERI, AUTISTI IN PROVA, PORTAVALORI, STAGISTI

Oggetto dell'assicurazione

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.

GARANZIA	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
Caso Morte	€ 160.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 210.000,00

Franchigia per il caso di Invalidità Permanente

La garanzia è prestata con l'applicazione della franchigia pari al 3% che si annulla per invalidità permanente pari o superiore al 10%

CATEGORIA C)

PERSONALE TROVANTISI NEI LOCALI ADIBITI AD UFFICI DELL'ASSICURATO

Oggetto dell'assicurazione

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 sotto riportati 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

Elenco uffici per il pubblico

La garanzia prestata si intende operante per i seguenti uffici siti in Brescia:

1. Stazione
2. P.zza Mercato
3. Ospedale Sud
4. Ospedale Nord
5. Randaccio
6. Palagiustizia
7. Infopoint
8. Piazza Vittoria
9. Freccia Rossa
10. Infostazione
11. Massimo D'Azeglio
12. Crystal Parking
13. Autosilo

14. Via S. Donino
15. Fossa Bagni
16. Ufficio di Desenzano
17. Parcheggio pubblico interrato di Piazzale Arnaldo
18. Benedetto Croce
19. Parcheggio Maratona - Desenzano
20. Poliambulanza
21. Mellino Mellini
22. Pensilina Biciclette
23. Casazza
24. S. Eufemia – Buffalora
25. San Domenico
26. Parcheggio Vallone – Desenzano
27. Domus

GARANZIA	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
Caso Morte	€ 160.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 160.000,00

Franchigia per il caso di Invalidità Permanente

La garanzia è prestata con l'applicazione della franchigia pari al 3% che si annulla per invalidità permanente pari o superiore al 10%

CATEGORIA D)

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

Oggetto dell'assicurazione

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".

GARANZIA	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua lorda con il Massimo di Euro 750.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda con il Massimo di Euro 900.000,00

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

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, 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,

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 capitoli 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 E)

PERSONALE DIPENDENTE SOGGETTO AL CCNL Dipendenti Imprese Locali di servizi elettrici o all'accordo relativo (FEDERELETTICA) Integrativa INAIL

Oggetto dell'assicurazione

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 dell'attività lavorativa, compreso 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.

GARANZIA	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua lorda con il Massimo di Euro 750.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda con il Massimo di Euro 900.000,00

A parziale deroga e/o modifica e/o integrazione di quanto previsto nelle condizioni che precedono si da 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 residuata.

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 F)

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.

GARANZIA	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE
Caso Morte	€ 130.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 260.000,00

Franchigia per il caso di Invalidità Permanente

La garanzia è prestata con l'applicazione della franchigia pari al 3% che si annulla per 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.

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio lordo, conteggiato in base ai costi finiti (inclusa l'imposta) sotto indicati, **viene anticipato in via provvisoria nella misura del 80% che rappresenta il premio minimo comunque acquisito dalla Società.**

Calcolo del premio anticipato annuo lordo

CATEGORIE ASSICURATE		PREMIO ANNUO LORDO
CATEGORIA A) €_____ x numero 27 Assicurati	€.	_____
CATEGORIA B) €_____ x numero 8 Assicurati	€.	_____
CATEGORIA C) €_____ x numero 27 Assicurati	€.	_____
CATEGORIA D) _____%° x retribuzioni annue lorde pari ad € 180.000,00	€.	_____
CATEGORIA E) _____%° x retribuzioni annue lorde pari ad € 180.000,00	€.	_____
CATEGORIA F) €_____ x numero 8 Assicurati	€.	_____

PREMIO ANNUO LORDO	€.	-----
di cui imposte pari al 2,5%	€.	_____
PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO che rappresenta anche il premio minimo comunque acquisito dalla Società (80% del premio annuo lordo)	€.	_____
di cui imposte pari al 2,5%	€.	_____

ELEMENTI VARIABILI RELATIVI ALLE CATEGORIE ASSICURATE

CAT. A)	PRESIDENTI, AMMINISTRATORI DELEGATI, CONSIGLIERI, SINDACI EFFETTIVI, SUPPLEMENTI, SEGRETARI	il numero degli Assicurati
CAT. B)	BORSISTI, CASSIERI, AUTISTI IN PROVA, PORTAVALORI, STAGISTI	il numero degli Assicurati
CAT. C)	PERSONALE TROVANTISI NEI LOCALI ADIBITI AD UFFICI DELL'ASSICURATO	il numero degli Assicurati
CAT. D)	PERSONALE DIPENDENTE SOGGETTO AL CCNL Dipendenti Imprese Locali di servizi elettrici o all'accordo relativo (FEDERELETTRICA) Rischio extra-professionale	Retribuzione annua lorda (RAL)
CAT. E)	PERSONALE DIPENDENTE SOGGETTO AL CCNL Dipendenti Imprese Locali di servizi elettrici o all'accordo relativo (FEDERELETTRICA) Integrativa INAIL	Retribuzione annua lorda (RAL)
CAT. F)	CONDUCENTI DI VEICOLI UTILIZZATI PER IL SERVIZIO DI NOLEGGIO SENZA CONDUCENTE	il numero degli Assicurati

Il Contraente

.....

La Società

.....