

LOTTO N°1

Capitolato Polizza Infortuni

La presente polizza è stipulata tra

**ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE
DELLA LOMBARDIA E DELL'EMILIA ROMAGNA**

**Via Bianchi n. 7
25124 Brescia (BS)**

P.IVA 00284840170

e

Compagnia di Assicurazione

.....

Durata del contratto

**Dalle ore 24,00 del 31.12.2013
Alle ore 24,00 del 31.12.2016**

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono il significato qui precisato :

CONTRAENTE	l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, soggetto che stipula l'assicurazione
ASSICURATO	la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione.
POLIZZA	il documento che prova l'Assicurazione.
SOCIETA'	l'impresa assicuratrice e le coassicuratrici.
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
FRANCHIGIA	la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico
SCOPERTO	la parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico
INFORTUNIO	l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
BROKER	Il mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto.

EFFETTO E DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha effetto dalle ore 24 del 31/12/2013 e scadenza alle ore 24 del 31/12/2016 , e cesserà automaticamente alla scadenza stessa senza obbligo di disdetta da entrambe le parti.

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 31/12/2014, mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno tre mesi prima della scadenza.

Si conviene che nell' ipotesi di risoluzione del contratto alla prima scadenza annuale dello stesso o a quelle successive o alla scadenza della polizza, e' in ogni caso facoltà della Contraente, chiedere ed ottenere dalla Società, una proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo 90 giorni.

La predetta facoltà dovrà essere comunicata tramite formale comunicazione scritta.

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 dal ricevimento della relativa appendice ritenuta corretta.

Alla scadenza della polizza, ai sensi dell'art. 29 D.Lgs 163/2006 ss.mm. e ii., l'Ente Contraente si riserva la facoltà insindacabile dell'opzione di contratto per ulteriori TRE anni, previa adozione di apposito atto.

La predetta facoltà dovrà essere comunicata tramite formale comunicazione scritta entro la data di scadenza della polizza.

Il pagamento del premio di rinnovo usufruirà del termini di mora di 60 giorni dal ricevimento della relativa appendice ritenuta corretta.

Il Contraente ha diritto di recedere in qualsiasi tempo dal contratto, previa formale comunicazione con preavviso non inferiore a 15 giorni, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 comma 13 della L. 7 agosto 2012 n. 135 di conversione in legge con modificazioni del D.L. 6 luglio 2012 n. 95, qualora i parametri di una nuova convenzione stipulata da Consip S.p.A. o dalla Centrale di Committenza Regionale (ARCA) successivamente alla stipula del presente contratto, siano normo-economicamente migliorativi rispetto ad esso, tenuto conto dell'obbligo di pagamento del decimo delle prestazioni non ancora eseguite e qualora l'appaltatore non acconsenta ad una modifica delle condizioni economiche tale da rispettare il limite di cui all'art. 26 comma 3 della legge 23 Dicembre 1999, n. 488.

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede

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 C.C..

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

Tuttavia, l'omissione, incompletezza o inesattezza delle dichiarazioni da parte del Contraente o 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.

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

Art. 2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, sempreché il pagamento della prima rata avvenga, in deroga all'art. 1901 c.c., entro **sessanta** giorni dalla sopraccitata data.

In caso di pagamento del premio successivamente al sessantesimo giorno, l'effetto dell'assicurazione decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Le eventuali appendici di variazione che comportano un incasso di premio, dovranno essere pagate dal Contraente entro trenta 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.

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

- L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante tutto il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18-01-2008 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, ex artt. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata

Le rate di premio successive alla prima devono essere pagate entro il **sessanta** giorni dopo quello della scadenza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate successive entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

OBBLIGHI INERENTI LA TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI IN BASE ALLA LEGGE n°136/2010

La Società è soggetta a tutti gli obblighi in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, così come disposto ai sensi della L. 13.8.2010 n. 136 e smi. L'Azienda si avvarrà della facoltà prevista dal Codice delle Assicurazioni (D.lgs n. 209 del 7.7.2005) di effettuare il pagamento dei premi assicurativi tramite broker, così come specificato all'articolo successivo del presente capitolato.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge

n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, eventuali subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 Cod. Civ.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 Cod.Civ., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 3 - Modifiche dell'assicurazione – Forma delle comunicazioni

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

Oltre che a mezzo raccomandata (anche a mano), le comunicazioni relative al presente contratto possono essere fatte, e devono quindi ritenersi valide a tutti gli effetti, anche a mezzo telegramma, fax, e.mail certificata o non o altro documento con data certa.

Art. 4 – Recesso per sinistro

Dopo ogni sinistro che abbia comportato il pagamento di un indennizzo, ma entro 30 giorni dalla data del pagamento stesso, la Società e il Contraente hanno la facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni. In tal caso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dalla Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

La riscossione di premi, o rate di premio, venuti a scadenza dopo il recesso per sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

Art. 5 - Clausola Broker

L'Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza ad **AON S.p.A** in qualità di Broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e s.m.i.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure 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 del Contraente nei confronti della Società stessa. Pertanto, i pagamenti dei premi effettuati dal Contraente al broker, si considerano come effettuati alla Società.

Qualora il contratto stipulato con il predetto Broker per il suddetto servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso di validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo poliennale residuo.

Parimenti il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la compagnia di assicurazione od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

CLAUSOLA BROKER IN PRESENZA DI LLOYD'S CORRESPONDENT (in alternativa)

Con la sottoscrizione della presente polizza l'Assicurato/Contraente conferisce mandato alla società di brokeraggio, (di seguito denominata Broker) di rappresentarlo 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. 6. - Interpretazione del contratto

Resta inteso che, in tutti i casi dubbi, l'interpretazione del contratto sarà quella più favorevole all'Assicurato.

Art. 7 - Oneri fiscali

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

Art. 8 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria ove ha la sede legale il Contraente.

Art. 9 – 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.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art.1910 c.c.)

Art. 10 – Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 11 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni previsti per ciascuna categoria di persone assicurate.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- 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 per colpa grave dell'assicurato

Art. 12 - 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. 13 - 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. 13 - Estensioni di garanzia operanti

A) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C. Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

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

B) Rimborso spese mediche da infortunio

Per ogni infortunio la Società assicura il rimborso delle spese per:

- onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesici 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.

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

La presente garanzia vale fino a concorrenza di € 10.000,00 per ogni persona infortunata ed è prestata in aggiunta ai capitali assicurati pro-capite per gli appartenenti alle diverse categorie di assicurati di cui alle Condizioni Particolari di Assicurazione.

C) Danni estetici

In caso di infortunio non escluso dal presente contratto, con conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 5.000,00 per sinistro, le spese documentate e 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.

D) Rientro sanitario (valido in Italia e all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'assicurato in caso di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia fino al limite di € 3.000,00 per persona assicurata.

E) Rimpatrio della salma (valido in Italia e 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 colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di € 3.000,00 per persona assicurata.

F) Rischio Guerra

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

Art. 14 - Infortuni aeronautici

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri.

In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

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

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione , non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.550.000,00 per il caso di morte, € 1.550.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e € 250,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta e per aeromobile i capitali di €. 10.000.000,00 in caso di Morte ed €.10.000.000,00 in caso di Invalidità permanente.

Art. 15 - Limiti territoriali e di risarcimento

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 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. 16 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 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. 17 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

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

Art. 18 - Esonero denuncia generalità 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 agli atti del Contraente.

Art. 19 - Morte

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

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

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

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile (vedi precedente art. 13 di polizza).

Art. 20 - Invalidità permanente

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

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

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

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

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

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

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

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

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 25.

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.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

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.

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

Art. 21 – Inabilità Temporanea

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquidano l'indennità giornaliera:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- b) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità cessa con il giorno della 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 per inabilità temporanea viene corrisposta per il periodo massimo stabilito in polizza.

Art. 22- 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. 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'ufficio addetto alla gestione delle pratiche assicurative del Contraente o 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.

La Società si impegna a fornire con cadenza annuale il tabulato riepilogativo dei sinistri denunciati specificandone per ciascun sinistro :

- numero del sinistro della Società
- data di accadimento
- nome della controparte
- stato del sinistro ("in trattativa", "liquidato", "chiuso senza seguito")
- importo liquidato
- importo a riserva

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.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico, compatibile ed utilizzabile (formato MS Excel) 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

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. 20.

Art. 25 - 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 presso la sede del Broker al quale è assegnato il contratto di assicurazione. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

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

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

Art.26) PERSONE E SOMME ASSICURATE

Sono assicurati gli appartenenti alle seguenti categorie, per i capitali e le garanzie di seguito indicate :

A) DIRETTORI

- Capitali assicurati pro-capite per Direttore Generale – Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo
 - 5 volte la retribuzione annua lorda (RAL) per il caso di Morte con il massimo indennizzo di € 1.100.000
 - 6 volte la retribuzione annua lorda (RAL) per il caso di Invalidità Permanente con il massimo indennizzo di € 1.350.000
- Delimitazione dell'assicurazione
L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni professionali subiti dagli assicurati nell'esercizio delle proprie funzioni, compreso il rischio in itinere.

B) DIRIGENTI

- *Capitali assicurati pro-capite*
 - 5 volte la retribuzione annua lorda (RAL) per il caso di Morte con il massimo indennizzo di € 850.000
 - 6 volte la retribuzione annua lorda (RAL) per il caso di Invalidità Permanente con il massimo indennizzo di € 1.050.000
- Delimitazione dell'assicurazione
L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti dagli assicurati del Contraente, da questi autorizzati, in occasione di missioni compresi gli adempimenti di servizio, anche durante l'utilizzo di mezzo di trasporto proprio, nella loro disponibilità o di proprietà del Contraente, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni (art. 19 D.P.R. 384 del 28.11.1990) compresa la salita e la discesa da questi mezzi e l'utilizzo di quelli pubblici.

C) DIPENDENTI

- *Capitali assicurati pro-capite*
 - 5 volte la retribuzione annua lorda (RAL) per il caso di Morte con il massimo indennizzo di € 250.000
 - 6 volte la retribuzione annua lorda (RAL) per il caso di Invalidità Permanente con il massimo indennizzo di € 350.000
- Delimitazione dell'assicurazione
L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti dagli assicurati del Contraente, da questi autorizzati, subiti in occasione di missioni, compresi gli adempimenti di servizio anche durante l'utilizzo di mezzo di trasporto proprio, nella loro disponibilità o di proprietà del Contraente, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni (art. 19 D.P.R. 384 del 28.11.1990) compresa la salita e la discesa da questi mezzi e l'utilizzo di quelli pubblici

D) CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE E COMPONENTI COLLEGIO SINDACALE

- Capitali assicurati pro-capite
 - € 260.000,00 in caso di Morte
 - € 420.000,00 in caso di Invalidità Permanente
- Delimitazione dell'assicurazione
L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'espletamento di tutte le funzioni connesse alla carica ricoperta, ivi comprese quelle esercitate in società collegate e/o controllate dal Contraente, compreso il rischio in itinere.

E) FATTORINI dipendenti con mansioni di portavalori

- Capitali assicurati pro-capite
 - € 130.000,00 in caso di Morte
 - € 150.000,00 in caso di Invalidità Permanente

- Delimitazione dell'assicurazione
L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti a causa e in occasione dell'espletamento di tutte le funzioni connesse alla carica ricoperta, ivi comprese quelle esercitate in società collegate e/o controllate dal Contraente, compreso il rischio in itinere

Agli effetti assicurativi per retribuzione annua lorda (RAL) si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, al dipendente spetta, su base annua, a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura purchè sul tutto sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Art.27) CONTEGGIO DEL PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO

Cat. A) – Direttori Retribuzioni lorde annue € 400.000,00 X%° lordo	€
Cat. B) – Dirigenti Retribuzioni lorde annue € 9.000.000,00 X%° lordo	€
Cat. C) – Dipendenti Retribuzioni lorde annue € 11.000.000,00 X%° lordo	€
Cat. D) – Consiglio Amministrazione e Componenti Collegio Sindacale N. 10 assicurati X%° lordo	€
Cat. E) – Fattorini N. 3 assicurati X%° lordo	€
Premio annuo lordo complessivo	€

Il premio annuo lordo conteggiato in base ai costi finiti (inclusa l'imposta) sopraindicati, viene anticipato in via provvisoria in € (pari al 75% del premio annuo lordo)

Art. 28) REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto , in tutto o in parte , in base ad elementi variabili , esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante il periodo riferito all'esercizio precedente negli elementi presi come base per il conteggio del premio , fermo il premio minimo eventualmente stabilito in polizza.

A tale scopo , entro 120 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società i dati necessari affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Il conteggio del premio relativo alle categorie di assicurati "D) ed E)", che prevede il parametro "numero degli assicurati" 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.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 60 giorni dalla presentazione al Contraente della appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta.

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 30 giorni, trascorso il quale la Società liquiderà gli eventuali sinistri relativi all'annualità da regolare, nella stessa proporzione esistente tra il premio versato in via anticipata e l'intero premio dovuto (anticipo più conguaglio), fermo il suo diritto ad agire giudizialmente nei confronti del Contraente. Non si applicherà la regola di cui sopra qualora gli elementi variabili non diano origine ad una differenza attiva a favore della Società.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società liquiderà gli eventuali sinistri relativi all'annualità da regolare, nella stessa proporzione esistente tra il premio versato in via anticipata e l'intero premio dovuto (anticipo più conguaglio).

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE

Dichiarazione del Contraente agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile , il Contraente dichiara di approvare le disposizione degli articoli delle Condizioni di Assicurazione qui sotto richiamati :

- Art. 4 Recesso in caso di sinistro
- Art. 8 Foro competente
- Art. 9 Altre assicurazioni
- Art. 12 Esclusioni
- Art. 23 Obblighi in caso di sinistro

IL CONTRAENTE

APPENDICE DI COASSICURAZIONE

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidarne la delega alla Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

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

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici a firmare gli atti suddetti (polizza o appendice) anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla direzione della Società delegataria sui documenti di assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle coassicuratrici.

Il dettaglio dei premi spettanti a ciascuna coassicuratrice, risulta dal prospetto sottoriportato.

Società Assicuratrice	Quota %	Premio imponibile	Imposte	Premio totale
TOTALE	100			

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE
