



Allegato 1 – Capitolato speciale di polizza - lotto 4 Infortuni

**LOTTO 4
CAPITOLATO SPECIALE POLIZZA INFORTUNI**

La presente polizza è stipulata tra il Contraente:

G.A.I.A. S.p.A.
Via Santa Croce, 59 - 55100 Lucca (LU)
P. IVA: 01966240465

e la Società assicuratrice:

Durata del contratto:

Dalle ore 24.00 del: 31.12.2010
Alle ore 24.00 del: 31.12.2013



SOMMARIO

<i>DEFINIZIONI</i>	4
<i>NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE</i>	6
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio	6
Art. 2 – Durata dell'assicurazione	6
Art. 3 – Decorrenza della garanzia e pagamento del premio	6
Art. 4 – Regolazione del premio	6
Art. 5 – Modifiche del contratto	7
Art. 6 – Aggravamento del rischio	7
Art. 7 – Diminuzione del rischio	7
Art. 8 – Pagamento dell'indennizzo	7
Art. 9 – Recesso in caso di sinistro	7
Art. 10 – Oneri fiscali	7
Art. 11 – Clausola Broker	7
Art. 12 – Foro competente	8
Art. 13 – Interpretazione del contratto	8
Art. 14 – Rinvio alle norme di Legge	8
Art. 15 – Altre assicurazioni	8
Art. 16 – Esonero denuncia generalità degli Assicurati	8
Art. 17 – Rinuncia alla rivalsa	8
Art. 18 – Coassicurazione e delega	8
Art. 19 – Relazione sinistri	9
<i>DELIMITAZIONI</i>	10
Art. 20 – Oggetto dell'assicurazione	10
Art. 21 – Esclusioni	10
Art. 22 – Rischio guerra	10
Art. 23 – Morte presunta	11
Art. 24 – Infortuni aeronautici	11
Art. 25 – Limiti territoriali e di risarcimento	11
Art. 26 – Limiti di età	11
Art. 27 – Persone non assicurabili	11
Art. 28 – Morte	12
Art. 29 – Invalidità permanente	12
CONDIZIONI VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLE " PARTITE E	13



CAPITALI ASSICURATI"	
Art. 30 – Inabilità temporanea	13
Art. 31 – Rimborso spese mediche e di cura	13
Art. 32 – Diaria da ricovero	13
Art. 33 – Malattie professionali	13
Art. 34 – Infortuni extraprofessionali	14
<i>LIQUIDAZIONE DEL DANNO</i>	15
Art. 35 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi	15
Art. 36 – Criteri di indennizzo	15
Art. 37 – Cumulo di indennità	15
<i>PARTITE E CAPITALI ASSICURATI</i>	16
1 – Presidente del Consiglio di Amministrazione	16
2 - Componenti del Consiglio di Amministrazione	16
3 - Dirigenti	16
4 – Dipendenti e collaboratori	16
<i>SCHEDA DI CONTEGGIO DEL PREMIO</i>	18



DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

SOCIETÀ:	la Compagnia Assicuratrice
CONTRAENTE:	G.A.I.A. S.p.A.
ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
RISCHIO:	la possibilità che si verifichi il sinistro
ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione
POLIZZA:	il documento che prova l'assicurazione
PREMIO:	la somma dovuta 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 l'assicurazione
INDENNIZZO:	la somma dovuta dalla Società in caso di danno conseguente ad un sinistro
BROKER:	Grifo Insurance Brokers spa quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società
FRANCHIGIA:	parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato
INFORTUNIO:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea
RISCHI PROFESSIONALI:	gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle proprie occupazioni professionali, compresi gli infortuni che l'assicurato subisca durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione al luogo di lavoro, nel tempo necessario alla sua effettuazione e sempre che gli infortuni stessi siano stati regolarmente denunciati all'INAIL
RISCHI EXTRAPROFESSIONALI:	gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale
INVALIDITA' PERMANENTE:	perdita, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione



INABILITA' TEMPORANEA:

la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria normale attività

RICOVERO:

degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento

DAY HOSPITAL:

degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno

RETRIBUZIONE:

per retribuzione annua lorda (R.A.L.) si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i contributi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso. Non forma parte della retribuzione quanto corrisposto a titolo di rimborso spese. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra, nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio. Per i dipendenti che non abbiano raggiunto l'anno di servizio e per quelli assunti temporaneamente, ai fini della liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'Assicurato per il periodo decorrente dall'assunzione in servizio sino al giorno dell'infortunio



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Dichiarazione relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenti del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C. C.. Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione 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 tuttavia il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Art. 2 – Durata dell'assicurazione

La durata del presente contratto è fissata in anni 3 (tre), con effetto alle ore 24.00 del 31.12.2010 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2013.

Alla relativa scadenza, il contratto cesserà automaticamente, senza obbligo di preventiva comunicazione tra le Parti. Sarà comunque facoltà delle Parti rescindere il contratto al termine di ogni periodo assicurativo annuo, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

Alla scadenza definitiva del presente contratto, su richiesta del Contraente, la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni oltre la scadenza contrattuale.

Sarà comunque facoltà delle Parti rescindere il contratto al termine di ogni periodo assicurativo annuo, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

Art. 3 – Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

Il rischio di cui alla presente polizza dovrà essere messo in copertura dalle ore 24.00 del 31.12.2010 da parte della Società Delegataria e delle Società Coassicuratrici.

Le Società avranno il diritto al pagamento della prima rata di premio, entro i 60 giorni successivi alla data di decorrenza del contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 Cod. Civ..

Il premio del presente contratto ha frazionamento annuale con scadenze di rata al 31.12 di ogni annualità.

I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, per il tramite del Broker.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto n. 40/2008 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere in copertura il rischio di cui trattasi, dietro presentazione di copia del pagamento effettuato dal Contraente alla predetta Equitalia Servizi S.p.A..

Art. 4 – Regolazione del premio

Il premio verrà anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e sarà regolato a fine di ogni annualità assicurativa, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio dei premi.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, il Contraente dovrà fornire per iscritto alla Società i dati necessari al conteggio del premio definitivo. 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 il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa



fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 60 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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.

Art. 5 – Modifiche del contratto

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

Art. 6 – 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. 7 – Diminuzione del rischio

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

Art. 8 – Pagamento dell'indennizzo

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo.

Art. 9 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ciascun sinistro liquidato nell'anno assicurativo e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, entrambe le Parti possono recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni; se viene intimata dalla Società, essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 10 – Oneri fiscali

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

Art. 11 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo GRIFO INSURANCE BROKERS SPA.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società GRIFO INSURANCE BROKERS SPA, e in particolare:

- Il Broker provvede alla gestione il contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale revoca dell'incarico al Broker.
- Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 15 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente.
- Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente.
- La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima



della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti.

In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi.

La polizza e le eventuali successive appendici, dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.

- Il pagamento effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso. Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo raccomandata, telefax o telegramma le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dal timbro postale o la data di invio del telefax. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.
- I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso. Allo stesso modo il Broker provvederà, nei confronti di eventuali coassicuratrici, a regolarizzare i rapporti contabili.
- Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato). La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

Art. 12 – Foro competente

Il Foro competente è esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede sociale dell'Assicurato.

Art. 13 – 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. 14 – Rinvio alle norme di Legge

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

Art. 15 – Altre assicurazioni

E' data facoltà al Contraente di non comunicare:

- altre assicurazioni che avesse o che stipulasse in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati dalla presente polizza;
- eventuali contratti individuali che gli assicurati avessero stipulato o stipulassero anche per proprio conto.

Art. 16 – 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 dei libri di amministrazione del Contraente.

Art. 17 – Rinuncia alla 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 Cod. Civ.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

Art. 18 – Coassicurazione e delega

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 indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla direzione della Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle coassicuratrici.

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

Art. 19 – Relazione sui sinistri

La Società s'impegna a fornire quadrimestralmente al Broker i dati afferenti l'andamento del rischio (elenco dettagliato dello stato di gestione di ogni sinistro denunciato, con indicazione per ciascuna pratica degli estremi dell'Assicurato, della data di accadimento, degli importi liquidati o riservati e delle pratiche respinte o archiviate senza seguito). Tale relazione dovrà essere fornita non oltre 30 giorni dalla richiesta del broker o del Contraente. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di richiedere ed ottenere dalla Società un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.



DELIMITAZIONI

Art. 20 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali), compreso il rischio in itinere e le missioni effettuate con l'impiego di normali mezzi di locomozione.

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 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.

Art. 21 – 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. 21 – 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;
- g) stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore.

Art. 22 – 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. 23 – 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 Cod.Civ..

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.

Art. 24 – 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 1.000.000,00** per il caso di morte, **Euro 1.000.000,00** per il caso di invalidità permanente totale e **Euro 250,00** giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di **Euro 5.000.000,00** per il caso morte, **Euro 5.000.000,00** per il caso di invalidità permanente totale e di **Euro 5.000,00** giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti 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. 25 – Limiti territoriali e di risarcimento

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

Art. 26 – Limiti di età

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. 27 – Persone non assicurabili

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

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.



PRESTAZIONI

Art. 28 – Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 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 Cod. Civ.

Art. 29 – Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro 2 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 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.

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.

Ad integrazione di quanto previsto dalle condizioni precedentemente richiamate, si conviene fra le parti quanto segue:

- a) per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento alla legge infortuni sul lavoro di cui al D.P.R. 30.06.1965, n° 1124 T.U. e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto;



- b) le percentuali di Invalidità Permanente indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del decreto di cui al precedente comma, vengono riferite ai capitali assicurati in polizza per il caso di Invalidità Permanente assoluta e la liquidazione sarà fatta in contanti anziché sotto forma di rendita;
- c) nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al **70%** sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.
- d) nel caso di invalidità permanenti riconosciute dall'INAIL viene garantita la corresponsione della differenza tra l'indennità calcolata a termini della presente polizza e la cifra costituita dal valore capitale attuale della rendita corrisposta dall'INAIL per il medesimo evento.

CONDIZIONI VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLE "PARTITE E CAPITALI ASSICURATI"

Art. 30 – 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 completamente alle sue occupazioni;
- b) al 50%, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere 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 un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

Art. 31 – Rimborso spese mediche e di cura

Per la cura di lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, sino alla concorrenza del massimale assicurato, le spese sostenute per:

- ricovero o intervento chirurgico in day hospital: spese sostenute per degenza in istituto di cura per onorari di medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, trattamenti riabilitativi, rette di degenza;
- prestazioni sanitarie extra-ricovero: spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari medici, interventi chirurgici ambulatoriali, cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie;
- intervento riparatore di danno estetico (deturpazione obiettivamente constatabile): spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 32 – Diaria da ricovero

Se in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato è ricoverato in istituto di cura, la Società liquida un'indennità per ogni giorno di ricovero pari al massimale assicurato, per un periodo massimo di 180 giorni – anche non consecutivi – da quello dell'infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

Art. 33 – Malattie professionali

Si conviene che le garanzie di polizza si intendono estese anche alle malattie professionali che si manifestassero nel corso della validità della polizza, intendendosi come tali quelle riconosciute per l'attività esercitata dal Contraente dalla legge infortuni di cui al punto a) del precedente art. 28, che producano la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10%.

Agli effetti di tale estensione, il contraente dichiara che gli Assicurati non presentano alcuna manifestazione morbosa che possa farli ritenere affetti da qualsiasi delle malattie professionali, mentre si impegna, nel caso di inclusione in garanzia di altre persone, a ragguagliare preventivamente la società sulle condizioni dei singoli. Il



periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno "*malattie professionali*" viene fissato in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

Si intendono confermati agli effetti della presente garanzia i contenuti dei punti b), c) e d) del precedente art. 28.

Art. 34 – Infortuni extraprofessionali

Si conviene che le garanzie di polizza si intendono estese anche agli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale (Rischi extraprofessionali).

Agli effetti della presente garanzia devono intendersi confermati i contenuti del punto b) e c) del precedente art. 28.



LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Art. 35 – 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 telegrafico 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. 36 – 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.

Art. 37 – Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o 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.



PARTITE E CAPITALI ASSICURATI

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

1) Presidente del Consiglio di Amministrazione

La garanzia è prestata a favore del Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Azienda per gli infortuni occorsi nello svolgimento delle loro mansioni svolte per conto della Contraente, nonché per le mansioni svolte in rappresentanza dell'Azienda in altri organi collegiali.

L'assicurazione vale altresì per gli infortuni occorsi agli stessi durante le riunioni e le assemblee, nonché durante i trasferimenti dal luogo di residenza o lavoro per raggiungere il luogo della riunione e viceversa.

Somme assicurate pro capite:

Morte: € 350.000,00

Invalidità permanente: € 350.000,00

Parametro per il calcolo del premio: n. 1 soggetto assicurato

2) Componenti del Consiglio di Amministrazione

La garanzia è prestata a favore dei Membri del Consiglio di Amministrazione dell'Azienda (escluso il Presidente) per gli infortuni occorsi nello svolgimento delle loro mansioni svolte per conto della Contraente, nonché per le mansioni svolte in rappresentanza dell'Azienda in altri organi collegiali.

L'assicurazione vale altresì per gli infortuni occorsi agli stessi durante le riunioni e le assemblee, nonché durante i trasferimenti dal luogo di residenza o lavoro per raggiungere il luogo della riunione e viceversa.

Somme assicurate pro capite:

Morte: € 200.000,00

Invalidità permanente: € 200.000,00

Parametro per il calcolo del premio: n. 4 soggetti assicurati

3) Dirigenti

La Società assicura i dirigenti della contraente per gli infortuni che subiscano nell'esercizio delle occupazioni professionali relative all'espletamento del loro incarico, compresi i trasferimenti e le missioni. La garanzia è altresì estesa ai rischi extraprofessionali ed alle malattie professionali di cui all'art. 33 del presente capitolato.

Somme assicurate pro capite:

Morte: 5 volte la R.A.L. con il massimo di € 600.000,00

Invalidità permanente: 6 volte la R.A.L. con il massimo di € 700.000,00

Parametro per il calcolo del premio: n. 4 soggetti assicurati

4) Dipendenti e collaboratori

La garanzia è prestata per gli infortuni che i dipendenti ed i collaboratori (a qualsiasi titolo) della Contraente subiscano alla guida di mezzi di locomozione in genere, sia di loro proprietà, sia quelli di proprietà, in locazione, noleggio e/o comodato all'Ente per missioni, incarichi e/o servizio.

La garanzia è estesa, agli spostamenti strettamente necessari per compiere il tragitto abituale dalla propria abitazione al luogo di lavoro presso l'Ente Contraente e viceversa.



Somme assicurate pro capite:

Caso morte: € 100.000,00

Caso Invalidità permanente: € 100.000,00

Parametro per il calcolo del premio: N. 46.000 km percorsi con mezzi di proprietà privata

N. 112 mezzi dell'Ente



SCHEDA CONTEGGIO DEL PREMIO

Categoria Assicurata		Garanzia	Tasso / premio imponibile	Parametro di calcolo del premio	Premio Imponibile	Imposte	Premio lordo
1	Presidente	Inf. Profess.		N. 1			
2	Membri CdA	Inf. Profess.		N. 4			
3	Dirigenti	Inf. Profess.		N. 4			
		Inf. Extraprof.					
		Malattia Prof.					
4	Dipendenti e Collaboratori	Inf. Cond.		Km 46.000			
				N. 112 mezzi			
TOTALE							