

UMBRA ACQUE S.p.A.

Via G. Benucci n. 162

06135 Perugia

P. Iva 02634920546



LOTTO IV

Capitolato di Polizza di Assicurazione

INFORTUNI CUMULATIVA

CIG: 7441022D98

INDICE		Pag.
	DEFINIZIONI	3
Sezione 1	NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
Art. 1.1	Effetto e Durata del contratto	5
Art. 1.2	Cessazione anticipata	5
Art. 1.3	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazioni del rischio	5
Art. 1.4	Forma delle comunicazioni e modifiche dell'assicurazione	6
Art. 1.5	Decorrenza della copertura – Pagamento premi – Periodo di mora per ogni rata	6
Art. 1.6	Calcolo del premio annuo e regolazione	6
Art. 1.7	Assicurazione presso diversi assicuratori	7
Art. 1.8	Interpretazione del contratto – Clausola di buona fede	7
Art. 1.9	Recesso in caso di sinistro	8
Art. 1.10	Cessione del contratto	8
Art. 1.11	Oneri fiscali	8
Art. 1.12	Foro competente	8
Art. 1.13	Rinvio alle norme di legge	8
Art. 1.14	Validità esclusiva delle norme dattiloscritte	8
Art. 1.15	Trattamento dati	9
Art. 1.16	Coassicurazione e delega	9
Art. 1.17	Obblighi tracciabilità flussi finanziari	9
SEZIONE 2	CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	10
Art. 2.1	Categorie assicurate e oggetto dell'assicurazione	10
Art. 2.2	Definizione di infortunio e condizioni particolari	10
Art. 2.3	Delimitazioni dell'assicurazione - Esclusioni	11
Art. 2.4	Persone non assicurabili	11
Art. 2.5	Limite di età	12
Art. 2.6	Somme assicurate	12
Art. 2.7	Esonero denuncia generalità degli assicurati	13
Art. 2.8	Rischio volo	13
Art. 2.9	Caso morte	13
Art. 2.10	Clausola di scomparsa	13
Art. 2.11	Caso invalidità permanente	14
Art. 2.12	Estensione delle garanzie di invalidità permanente	14
Art. 2.13	Estensioni territoriali	14
Art. 2.14	Franchigie per il caso invalidità permanente	14
Art. 2.15	Criteri di indennizzabilità	15
Art. 2.16	Anticipo indennizzi	15
Art. 2.17	Esonero dell'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici	15
Art. 2.18	Deroga denuncia altre assicurazioni	16
Art. 2.19	Limiti di risarcimento	16
SEZIONE 3	CONDIZIONI PARTICOLARI (valide unicamente per le categorie assicurate indicate all'Art. 2.6: Categoria B) DIRIGENTI e Categoria C) QUADRI)	16
Art. 3.1	Riduzione capacità lavorativa	16
Art. 3.2	Invalidità permanente da malattia	16
Art. 3.3	Esclusioni	16
Art. 3.4	Criteri di indennizzabilità	17
SEZIONE 4	PROCEDURA SINISTRI	18
Art. 4.1	Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi	18
Art. 4.2	Liquidazione dell'indennità	18
Art. 4.3	Controversie	18
Art. 4.4	Rinuncia alla rivalsa	19
Art. 4.5	Produzione di informazioni sui sinistri	19

DEFINIZIONI

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione
ATTIVITA'	Quella svolta dalla Contraente per Statuto
CONTRAENTE	La persona giuridica che stipula l'assicurazione
FRANCHIGIA	L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato
INDENNIZZO/ RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
POLIZZA	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione
PREMIO	La somma dovuta alla Società
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro
SCOPERTO	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
SOCIETA'	L'Impresa assicuratrice
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche che abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente, compreso il rischio in itinere.
INVALIDITA' PERMANENTE	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata
INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	La perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
MALATTIA	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili

MALATTIE COESISTENTI	Malattie o invalidità presente nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
MALATTIE CONCORRENTI	Malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
RETRIBUZIONI	Quanto, al netto delle ritenute previdenziali, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i 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 purché sul tutto sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione.
TERRORISMO	E definito " <i>atto di terrorismo</i> ", una qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di esse, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

SEZIONE 1- NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1.1 – Effetto e durata del contratto

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni 2 ed mesi 6 con effetto **dalle ore 24.00 del 30/06/2018 alle ore 24.00 del 31/12/2020, senza tacito rinnovo**. Il frazionamento del premio è annuale.

Il Contraente si riserva inoltre la facoltà di richiedere alla Società, anche a mezzo PEC, di prorogare il contratto fino ad un massimo di 180 (centottanta) giorni anche attraverso più periodi dopo la scadenza finale, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato in *pro-rata temporis* rispetto al premio annuale in corso.

Art. 1.2 – Cessazione anticipata

Si conviene che ambo le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto prima di ogni ricorrenza annua mediante lettera raccomandata o PEC da inviarsi con almeno 120 (centoventi) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del Contraente di richiedere, entro i 60 (sessanta) giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino a un massimo di 90 (novanta) giorni. In tal caso la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in *pro-rata temporis* rispetto al premio annuale in corso.

Art. 1.3 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazioni del rischio

In deroga agli art. 1892, 1893, 1894 e 1898 del C.C. l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza che eventualmente modifichi o aggravi il rischio, così come l'incompleta o inesatta dichiarazione all'atto della stipulazione della presente polizza o durante il corso della stessa, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni né comporta la riduzione dello stesso, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, con l'intesa che il Contraente/Assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del sinistro della modifica delle attività del Contraente/Assicurato a seguito di variazione della normativa vigente regolante l'attività del Contraente medesimo.

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

Si conviene inoltre che la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo sarà immediata e la Società rimborserà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

Il Contraente/Assicurato è esonerato da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito le polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente alla stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 1.4 – Forma delle comunicazione e modifiche dell’assicurazione

La Compagnia è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche della presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 (sessanta) giorni dalla ricezione.

Art. 1.5 – Decorrenza della copertura – Pagamento premi – Periodo di mora per ogni rata

L’assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del 30 giugno 2018. A parziale deroga dell’art. 1901 C.C. il Contraente/Assicurato è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della polizza, fermo restando l’effetto dell’operatività della copertura dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Trascorso infruttuosamente tale termine, la copertura avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il termine di 60 (sessanta) giorni vale anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma.

Se il Contraente/Assicurato non paga i premi per le rate successive l’assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

Per regolazioni e/o variazioni che comportino un pagamento di premio, il Contraente potrà pagare tale premio, nei modi di cui sopra, entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento delle relative appendici, salvo termini a lui più favorevoli previsti altrove in polizza.

Art. 1.6 - Calcolo del premio annuo e regolazione

Il premio viene anticipato in base all’applicazione dei seguenti tassi forniti dalla Società in sede di offerta economica, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri espressamente indicati:

Parametro	Preventivo	Tasso lordo Annuo o premio unitario (<i>per mille</i>)	Premio lordo annuo anticipato per categoria
Categoria A) CONDUCENTI MEZZI ENTE	N. veicoli 263	€ _____	€ _____
Categoria B) DIRIGENTI	RAL € 374.516,61	_____ ‰	€ _____
Categoria C) QUADRI	RAL € 503.619,15	_____ ‰	€ _____
Categoria D) DIPENDENTI	RAL € 10.267.480,29	_____ ‰	€ _____

Il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i tassi sopra indicati. Premesso che il premio viene anticipato in base all’applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri espressamente indicati nel Prospetto di Offerta Economica, lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo

le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 120 (centoventi) giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Compagnia Assicurativa che provvederà ad emettere ed a recapitare all'Assicurato la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione del relativo documento.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Compagnia fisserà un ulteriore termine di 60 (sessanta) giorni dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata o PEC. Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

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

Art. 1.7 - Assicurazione presso diversi assicuratori

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.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

Art. 1.8 – Interpretazione del contratto – Clausola di buona fede

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Il Contraente dichiara, e la Compagnia ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Compagnia parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e

la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Compagnia. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

Art. 1.9 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e la Società hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 (centottanta) giorni da darsi con lettera raccomandata o PEC, con specifica indicazione del sinistro in base al quale la Parte ha scelto di avvalersi della presente facoltà. In tale caso, la Società, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora la Società si avvallesse di tale facoltà, la stessa dovrà produrre, pena l'invalidità del recesso stesso, anche il dettaglio dei sinistri con le modalità stabilite al successivo Art.4.5 Produzione di informazioni sui sinistri. Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione dal parte del Contraente/Assicurato e conseguente riduzione del premio.

Art. 1.10 – Cessione del contratto

Premesso che parte dei soggetti assicurati potrebbero passare alle dipendenze di altra Società controllante o controllata da Umbra Acque S.p.A. ai sensi dell'art. 2359 del Codice Civile, le parti convengono che alla fine dell'annualità assicurativa in corso verranno effettuate le eventuali operazioni per la separazione/cessione del contratto assicurativo o di parti di esso a tali Società garantendo la continuità della copertura assicurativa.

Art. 1.11 – Oneri fiscali

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

Art. 1.12 – Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 1.13 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.14 - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente, sui moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione. Agli

effetti dell'art. 1341 del C.C., il Contraente e la Società dichiarano di conoscere, approvare ed accettare specificamente le disposizioni degli articoli del presente capitolato di polizza.

Art. 1.15 – Trattamento dati

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 le parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali

Art 1.16 - Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote fra più Società, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Delegataria. Ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici. Ogni modifica al contratto, che richieda una stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma del relativo atto. La Delegataria è incaricata dalle Coassicuratrici all'integrale gestione del contratto, ivi compresa la liquidazione dei sinistri anche per le quote a carico delle Coassicuratrici, che verranno quindi anticipate dalla Delegataria.

L'impegno di tutte le Società Coassicuratrici risulta dai rispettivi "Estratti di Polizza" da esse firmati ed allegati alla polizza oppure dall'Estratto Unico firmato dalla Società Delegataria a nome e per conto delle Coassicuratrici.

Art.1.15 - Obblighi tracciabilità flussi finanziari

La Società, fornitrice dei servizi assicurativi, assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 136/2010 e successive modifiche.

La Società si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura – ufficio territoriale di competenza - della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Il Contraente/Assicurato, in qualità di stazione appaltante, verifica, 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.

SEZIONE 2 - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art.2.1 – Categorie assicurate e oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione prevista nella seguente polizza vale per gli infortuni che le categorie di seguito indicate, subiscano:

Categoria A) CONDUCENTI MEZZI ENTE	La garanzia assicurativa è prestata per gli infortuni subiti dai conduttori (dipendenti, Amministratori e/o altri soggetti solo se espressamente autorizzati dal Contraente), e dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto, durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia, per tutti i veicoli di proprietà, noleggio o comunque in uso al Contraente. Sono compresi in garanzia anche gli infortuni avvenuti in conseguenza della salita e la discesa dai mezzi.
Categoria B) DIRIGENTI	La garanzia assicurativa si intende prestata per gli infortuni che i Dirigenti subiscano nello svolgimento di ogni attività <u>sia professionale che extra-professionale, 24 ore su 24.</u>
Categoria C) QUADRI	La garanzia assicurativa si intende prestata per gli infortuni che i Quadri subiscano nello svolgimento di ogni attività <u>sia professionale che extra-professionale, 24 ore su 24.</u>
Categoria D) DIPENDENTI	La garanzia assicurativa è prestata per tutto il personale dipendente , di ogni ordine e grado del Contraente, con l'esclusione degli appartenenti alla Categoria 2) Dirigenti e 3) Quadri, per gli infortuni che gli assicurati subiscano nello svolgimento di ogni <u>attività extra-professionale.</u>

Art. 2.2 – Definizione di infortunio e condizioni particolari

Si intende per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente. Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- a) asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- b) soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- c) avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- d) intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- e) affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- f) ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- g) annegamento;
- h) assideramento o congelamento;
- i) folgorazione e scariche elettriche in genere;
- j) colpi di sole o di calore o di freddo;
- k) lesioni determinate da sforzi (con esclusione di infarti);

- l) ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- m) ernie traumatiche
- n) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- o) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- p) gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- q) gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.
- r) per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.
- s) per gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura in genere quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.
- t) per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato.
- u) per gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere subite non per causa imputabile all'assicurato;
- v) per danni estetici derivanti da infortunio
- w) per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezioni per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.
- x) per gli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale. *Non sono compresi* in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici in cui l'Assicurato vi abbia partecipato in modo volontario.
- y) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine.

Art. 2.3 – Delimitazioni dell'assicurazione - Esclusioni

Fatte salve le deroghe espressamente previste in polizza nei successivi articoli, sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall'Art. 2.8 Rischio Volo.
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerre o insurrezioni;
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 2.4 – 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:

- a) sindromi organiche cerebrali,
- b) schizofrenia

- c) forme maniaco-depressive
- d) stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 2.5 – Limite di età

L'assicurazione prevista dalla presente Polizza vale per le persone di età non superiore a 75 anni e cessa alla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.

Art. 2.6 – Somme assicurate

Le somme assicurate sono quelle di seguito riepilogate:

Categoria A) CONDUCENTI MEZZI ENTE	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00

Categoria B) DIRIGENTI	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua lorda con il limite di € 500.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda con il limite di € 600.000,00
Caso Invalidità Permanente Malattia	2 volte la retribuzione annua lorda con il limite di € 200.000,00

Categoria C) QUADRI	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua lorda con il limite di € 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda con il limite di € 300.000,00
Caso Invalidità Permanente Malattia	2 volte la retribuzione annua lorda con il limite di € 100.000,00

Categoria D) DIPENDENTI	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua lorda con il limite di € 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda con il limite di € 250.000,00

Art. 2.7– 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. 2.8 – Rischio volo

L'assicurazione prevista dalla presente Polizza comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti dalla stessa Contraente e/o Società collegate e 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 e di trasferimento e da Società di lavoro aereo durante trasporto pubblico di passeggeri e/o di aeroclub ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente Polizza e per i rischi da essa previsti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Si intendono compresi in garanzia gli infortuni avvenuti in occasione di dirottamento e voli conseguenti o di atti di pirateria aerea.. Comunque la somma garantita di cui alla presente Polizza non potrà superare i capitali di:

- **Euro 1.500.000,00=** sia per il caso di morte che per invalidità permanente complessivamente per aeromobile.

Art. 2.9 – Caso morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.

Lo stato di coma irreversibile conseguente ad infortunio viene parificato alla morte.

Vengono altresì parificati al caso di morte:

- 1) il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità,
- 2) il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del C.C., secondo quanto previsto al successivo Art. 2.10 - Clausola di scomparsa.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 2.10 - Clausola di scomparsa

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Compagnia corrisponderà ai beneficiari la somma prevista per il caso morte.

L'indennizzo non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60-62 C.C..

Qualora dopo il pagamento dell'indennità l'Assicurato risultasse in vita la Compagnia avrà diritto ad agire nei confronti dei beneficiari e/o Assicurato per la restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 2.11 – Caso invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone mancine, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 2.12 - Estensione delle garanzie di invalidità permanente

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 60% (sessanta/per cento) accertato con i criteri di indennizzabilità previsti nella presente polizza verrà corrisposto un indennizzo pari al 100 % (cento/per cento) del capitale assicurato.

Art. 2.13 – Estensioni territoriali

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.14 – Franchigie per il caso invalidità permanente

In caso di sinistro liquidabile la Società procederà all'indennizzo con l'applicazione delle franchigie di seguito riepilogate:

Categoria A) CONDUCENTI MEZZI ENTE	L'indennizzo verrà riconosciuto con l'applicazione di una franchigia del 2%. Qualora il grado di invalidità permanente accertata risulti uguale o superiore al 20%, l'indennizzo verrà corrisposto senza alcuna franchigia.
---	--

<p>Categoria B) DIRIGENTI</p>	<p>Sui primi € 250.000,00 di capitale assicurato l'indennizzo verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia. Sull'eccedenza di tale somma franchigia 5%. Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 50 % l'indennizzo verrà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia.</p>
<p>Categoria C) QUADRI</p>	<p>Sui primi € 250.000,00 di capitale assicurato l'indennizzo verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia. Sull'eccedenza di tale somma franchigia 5%. Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 50 % l'indennizzo verrà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia.</p>
<p>Categoria D) DIPENDENTI</p>	<p>L'indennizzo verrà riconosciuto con l'applicazione di una franchigia del 3%. Qualora il grado di invalidità permanente accertata risulti uguale o superiore al 20%, l'indennizzo verrà corrisposto senza alcuna franchigia.</p>

Art. 2.15 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 2.16 – Anticipo indennizzi

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 30% (trenta/percento) la Compagnia, entro 90 (novanta) giorni dalla richiesta, metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile sulle stime preliminari effettuate dai medici, somma che sarà detratta dalla liquidazione definitiva del danno tenendo conto del precedente Art. 2.14 - Franchigie per il caso invalidità permanente.

Art. 2.17 – Esonero dell'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 2.15 - Criteri di indennizzabilità delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 2.18 - Deroga denuncia altre assicurazioni

In deroga a quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

Art. 2.19 - Limiti di risarcimento

Qualora l'infortunio colpisse contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, si conviene che il limite massimo di risarcimento per l'intera polizza ammonta ad Euro 6.000.000,00 (euroseimilioni/00).

Nel caso di infortunio causato da forze della natura, compresi terremoto, maremoto, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe e slavine, il limite massimo di risarcimento per l'intera polizza è pari ad Euro 3.000.000,00 (eurotre milioni/00)

SEZIONE 3 – CONDIZIONI PARTICOLARI **Valide unicamente per le categorie assicurate indicate all'Art. 2.6:** **Categoria B) DIRIGENTI e Categoria C) QUADRI**

Art.3.1 - Riduzione capacità lavorativa

Nel caso in cui a seguito di un infortunio venga riconosciuta una Invalidità Permanente tale da ridurre la capacità lavorativa in misura superiore ai 2/3 della totale, verrà corrisposta una somma pari a 6 (sei) volte la Retribuzione Annuale Lorda con il limite di Euro 600.000,00 (euroseicentomila/00)

Tale indennità si intende riconosciuta anche nei casi in cui il rapporto di lavoro prosegua dopo l'avvenuto riconoscimento della suddetta invalidità.

Art.3.2 - Invalidità permanente da malattia

L'assicurazione è estesa alle malattie professionali che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste nella tabella n° 4 del D.P.R. 30.06.1965 n° 1124, e successive modifiche ed integrazioni, sia le malattie contratte nell'esercizio ed a causa delle mansioni attinenti l'attività del Contraente ivi comprese le malattie contratte dal personale che, ai termini del DPR 13/02/1964 n. 185 e s.m.i, è esposto ai rischi derivanti da radiazioni.

La valutazione dell'Invalidità Permanente da malattia professionale e la liquidazione dei relativi indennizzi saranno effettuati in conformità alle disposizioni contenute nelle leggi anzidette, fermo restando che gli indennizzi saranno liquidati in capitale anziché in rendita.

Art.3.3 - Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza del contratto.

Sono escluse le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- uso a scopi non terapeutici di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo, ovvero radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- guerra od insurrezioni;
- malattie mentali;
- sindrome da immunodeficienza acquisita.

Art.3.4 - Criteri di indennizzabilità

D'accordo tra le parti si prende atto che il grado di invalidità permanente sarà determinato a fine malattia, in qualunque momento si verificasse, comunque non oltre il diciottesimo mese dalla denuncia della malattia.

Tale termine verrà rispettato dalla Società per la determinazione del grado di invalidità permanente, anche se la malattia non avesse terminato il suo decorso.

La visita fiscale verrà effettuata contemporaneamente dal medico dell'assicurato e dal medico della Società, i quali definiranno e concorderanno il grado di invalidità permanente indicata nella tabella allegato a D.P.R. del 30.06.65 n. 1124 in vigore fino al 24.07.2000

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% della totale.

Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado pari o superiore al 25 (venticinque)%, la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali di cui alla tabella che segue: Percentuale Invalidità Permanente accertata/Percentuale da applicare sulla somma assicurata dal 25% al 30%/15% - dal 31% al 35%/30% - dal 36% al 45%/40% - dal 46% al 54%/70% - dal 55% al 100%/100%.

SEZIONE 4 - PROCEDURA SINISTRI

Art.4.1 - Denuncia dell'infortunio e relativi obblighi

In deroga quanto disposto dall'Art. 1913 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato, in caso di sinistro deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure direttamente alla Compagnia Assicurativa entro 90 (novanta) giorni da quando il Contraente/Assicurato ne è venuto a conoscenza.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato che ricorre alle cure del medico invia copia dei relativi certificati alla Compagnia incaricata della gestione.

Sarà facoltà della Compagnia richiedere l'invio dei certificati medici e/o documenti inerenti il decorso della degenza.

L'Assicurato, o in caso di morte, il Beneficiario, deve consentire ai medici della Compagnia Assicurativa le indagini e gli accertamenti che questi ritengano necessari.

Art. 4.2 - Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia Assicuratrice liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e alla Contraente, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 60 (sessanta) giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Compagnia Assicuratrice pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, 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 morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di Morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

Art. 4.3 – Controversie

In caso di disaccordo tra le richieste dell'Assicurato e le proposte di liquidazione della Compagnia, le Parti si impegnano a verificare il contenuto delle rispettive posizioni, allo scopo di addivenire ad un accordo.

Qualora permanesse il disaccordo, le divergenze saranno demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio stesso. Il Collegio medico risiede ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza del danneggiato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; le spese e competenze per il terzo medico sono a carico della Compagnia.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa di ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 4.4 – Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia - salvo il caso di dolo accertato con sentenza passata in giudicato - al diritto di azione di surroga prevista dall'Art. 1916 del Codice Civile nei soli confronti di:

- Società partecipate e/o controllate
- altri soggetti assicurati con la presente polizza
- Enti in genere senza scopo di lucro che possano collaborare con l'assicurato per le sue attività;
- Dipendenti/Amministratori dell'Assicurato

Art. 4.5 – Produzione di informazioni sui sinistri

1. Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 2, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato [standard digitale aperto] tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:
 - il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
 - la data di accadimento dell'evento;
 - la data della denuncia;
 - la tipologia dell'evento, specificando se...;
 - la tipologia di rischio assicurato (ad esempio, ramo assicurativo);
 - la tipologia di indennizzo (se diretto o indiretto);
 - l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari ad € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari ad € _____;
2. In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere al Contraente un importo pari al 1% del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari ad € 50,00.
3. L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.
4. Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

La Società

Il Contraente
