

CONDIZIONI DI GARANZIA - NORME CONTRATTUALI
INFORTUNI

Durata del contratto

Dalle ore 24:00 del	30.04.2017
Alle ore 24:00 del	30.04.2020
I° rata dalle ore 24:00 del	30.04.2017
Alle ore 24:00 del	30.04.2018
Rate successive annuali con scadenza alle ore 24:00 di ogni	30 aprile

ATI - D.B.B. DI BELLA BROKER S.R.L./MAG JLT S.P.A.

SOMMARIO

SEZIONE 1

Art. 1.1
Art. 1.2
Art. 1.3
Art. 1.4

DEFINIZIONI ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Definizioni relative al contratto in generale
Definizioni relative all'assicurazione infortuni
Oggetto dell'assicurazione
Elenco delle persone assicurate

SEZIONE 2

Art. 2.1

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO E ALL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto di assicurazione:

Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Assicurato	Il soggetto nell'interesse del quale è prestata garanzia.
Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che prestano l'assicurazione.
Broker	D.B.B. Di Bella Broker
Assicurazione	La garanzia prestata col contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento contrattuale che prova l'Assicurazione.
Capitolato Speciale	Il complesso delle norme, rappresentate in polizza, che regolano il rapporto contrattuale.
Garanzia	La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo.
Indennizzo Indennità Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Somme assicurate	Le somme massime che la Società è obbligata contrattualmente a pagare in caso di sinistro.
Periodo assicurativo Annualità assicurativa	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	L'evento per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato il danno.
Franchigia	L'importo che, determinato a termini di polizza per ciascun sinistro, viene detratto dall'ammontare del danno e rimane a carico dell'Assicurato.
Scoperto	La percentuale di danno convenuta a carico del Contraente e determinata a termini di polizza per ciascun sinistro

Art. 1.2 – Definizioni relative all’assicurazione infortuni:

Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un’invalidità permanente o un’inabilità temporanea.
Invalidità permanente	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Inabilità temporanea	Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Veicolo proprio	Auto e motoveicoli targati e nella disponibilità degli assicurati, purché non iscritti al PRA a nome del Contraente.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura convenzionata o privata in Italia e all’estero regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero e/o all’assistenza sanitaria in regime di degenza diurna e notturna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l’indennizzo in caso di infortunio mortale dell’Assicurato

Art. 1.3 - Oggetto dell’assicurazione

L’assicurazione vale per gli infortuni, così come definiti all’art. 1.2 della presente polizza, occorsi alle seguenti persone assicurate, alle condizioni tutte della presente polizza e secondo i termini di cui alla successiva Sezione 5

Art. 1.4 - Elenco delle persone assicurate

1.4.a) Dirigenti.

Premesso che l’attività della Contraente è quella di impresa che gestisce il Centro Agroalimentare di Roma ed i servizi tutti inerenti ed accessori, la presente assicurazione è prestata per le persone aventi la qualifica di dirigente di azienda della Contraente medesima.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente 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.

Art. 2.2 – Pagamento del premio

Il Contraente pagherà alla Società, per il tramite del Broker:

- a) la prima rata di premio dalle ore 24.00 del 30.04.2017 entro 30 giorni dalla decorrenza della garanzia, fermo restando l'effetto della copertura assicurativa dalla data di aggiudicazione ;
- b) le rate di premio successive alla prima (annuali) entro 30 giorni dalle rispettive date di scadenza ;
- c) le appendici di regolazione e/o le eventuali franchigie contrattuali anticipate dalla Società, entro 30 giorni, previa consegna dei relativi documenti da parte della Società;
- d) le eventuali appendici di modifica delle condizioni contrattuali in corso di annualità (adeguamenti di legge, etc.) entro 30 giorni previa consegna dei relativi documenti da parte della Società;

Si considera come data di avvenuto pagamento quella di emissione del relativo mandato da parte della Contraente. Se il Contraente/Assicurato non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno di pagamento con le modalità di cui sopra, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 2.3 – Aggravamento del rischio

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modifichino il rischio, il Contraente deve darne comunicazione alla Società. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

Art. 2.4 – Diminuzione del rischio

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

Art. 2.5 – Buona fede

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni incomplete o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede (esclusi i casi di dolo o colpa grave).

Rimane fermo il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti, che comportino un premio superiore a quello in corso, di richiedere la modifica delle condizioni (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità corrente).

Art. 2.6 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio ed i sinistri dai medesimi sofferti. L'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli Assicurati o da altri per la copertura degli stessi rischi, non pregiudica le presenti garanzie e pertanto il pagamento delle relative indennità verrà fatto in ogni caso nella misura dovuta.

Permane invece l'obbligo per il Contraente di denunciare le eventuali altre assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza.

Art. 2.7 – Decorrenza, scadenza e proroga dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del 30.04.2017 alle ore 24,00 del 30.04.2020

E' facoltà della Contraente, se ed in quanto previsto a sensi di legge, richiedere il rinnovo del contratto per un periodo di tempo non superiore alla durata del contratto originario

Qualora la Società non conceda la proroga di cui al precedente comma, la stessa si impegna comunque a prorogare l'assicurazione, su richiesta del Contraente, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 180 giorni oltre la scadenza contrattuale, per consentire l'espletamento delle procedure di gara per il rinnovo del contratto stesso.

In tale ipotesi il premio relativo ai periodi di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura. Alla scadenza, il contratto si intenderà cessato senza obbligo di ulteriori comunicazioni.

Al Contraente competerà comunque il pagamento di eventuali regolazioni maturate sino alla definitiva scadenza della polizza e dell'eventuale proroga.

Art. 2.8 – Facoltà di recesso

la Società **ed il Contraente possono recedere dal presente contratto:**

- a) dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 45 giorni. In tale evenienza la Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso;
- b) dopo una annualità, ad ogni scadenza anniversaria, con preavviso di 45 giorni

Art. 2.9 – Regolazione del premio (ove convenuta)

Qualora il premio viene convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, 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 lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo **entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo** il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati richiesti in base ai quali si procederà ad effettuare la regolazione di premio.

Se il contraente/assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, la società deve fissare un ulteriore termine non inferiore a giorni 30, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione; la garanzia resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui il contraente/assicurato non abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo restando il diritto della Società ad agire giudizialmente.

Qualora all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, questo ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, attraverso un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

Il premio esposto in polizza deve intendersi quale premio minimo contrattuale.

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

Ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte o incomplete oppure e sempre in buona fede abbia reso tardivamente dichiarazioni, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio competente e non percepita. Tuttavia l'eventuale pagamento dei sinistri sarà automaticamente sospeso fino a quando non sia ripristinata la regolarità amministrativa degli adempimenti suddetti.

Art. 2.10 – Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi, e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, agli indennizzi alle polizze ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento è stato anticipato dalla Società.

Art. 2.11 – Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione è ripartita per quote tra più Compagnie indicate in polizza, ognuna è tenuta alla prestazione in proporzione alla rispettiva quota. Il Contraente dichiara di aver affidato la consulenza ed assistenza nella gestione del presente contratto al Broker, e le Imprese coassicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società indicata in sede di offerta e riportata nel frontespizio della presente polizza; di conseguenza tutti i rapporti relativi alla presente assicurazione saranno intrattenuti dal Contraente o dal Broker direttamente con la Società delegataria che provvederà ad informare le coassicuratrici.

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

Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione *nonché relativi alla rappresentanza processuale*, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza la cui regolazione verrà effettuata dal Contraente per il tramite del Broker direttamente nei confronti di ogni Compagnia coassicuratrice.

La sottoscritta Società delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Imprese coassicuratrici indicate negli atti contrattuali a firmarli anche in nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla Società delegataria sui documenti di assicurazione li rende, ad ogni effetto, validi anche per le quote delle coassicuratrici.

Art. 2.12 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato ed il Broker sono tenuti devono essere indirizzate alla Direzione per l'Italia della Società oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Tutte le comunicazioni tra le parti devono essere fatte, per essere valide, per iscritto anche a mezzo utilizzo del telefax.

Art. 2.13 – Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge le parti contraenti riconoscono alla Società D.B.B. Di Bella Broker, Viale Giulio Cesare 6 – 00192 ROMA, tel. +39 063219772, telefax +39 063212604 - iscritta al RUI al n.B000050588 (in seguito denominato anche Broker) capogruppo dell'ATI con la società MAGJLT. SPA con sede legale in Napoli, Via Francesco Crispi 74, iscritta al RUI – Sezione B – con il n.B000400942, il ruolo di cui al D. Lgs. 209/2005 (ex legge 792/84) relativamente alla predisposizione del Capitolato Speciale di Appalto, alla conclusione della relativa polizza ed alla assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali, per tutto il tempo della durata.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente :

- o che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e sostanziale dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte delle Compagnie Assicuratrici;
- o che tutte le comunicazioni, tutte le corrispondenze anche in materia di sinistri e di gestione degli stessi, nonché tutti i rapporti amministrativi inerenti l'esecuzione del contratto, saranno trasmesse dall'una all'altra parte per il tramite del suddetto Broker.
- o che il pagamento dei premi dovuti alla Società in relazione alla presente polizza venga effettuato dall'Ente Contraente per il tramite del Broker;
- o che l'opera del Broker verrà remunerata, secondo gli usi del mercato nazionale ed internazionale, confermati dalla giurisprudenza, nella misura del 2,9%.
- o La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per la Contraente e verrà trattenuto sulle rimesse dei premi di assicurazione all'atto della loro rendicontazione alle Compagnie.

Art. 2.14 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni dattiloscritte, valgono unicamente le norme del Codice Civile. Si intendono pertanto abrogate tutte le condizioni di assicurazione eventualmente riportate a stampa.

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto e quale sede arbitrale si dichiara competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria del luogo dove ha sede l'Ente Contraente.

Art. 2.15 – Trattamento dati

Il Contraente, ai sensi della legge 31/12/1996 n. 675, autorizza al trattamento dei dati personali, disgiuntamente, la Società ed il Broker.

Art. 2.16 – Interpretazione del contratto

Si conviene tra 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. 2.17 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società Assicuratrice, la Società di Brokeraggio, nonché ogni altra qualsiasi titolo interessata al presente contratto [cd filiera], sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13/08/2010 n.0 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo precedente sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità ed al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire - salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale [Poste Italiane S.p.A.] e riportate, relativamente a ciascuna transazione, il Codice di Identificativo di Gara [CIG] o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto [CUP] comunicati dalla Stazione Appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n.0 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 C.C. e dall'art. 3, comma 8 della Legge.

SEZIONE 3

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme di legge e del Codice Civile in materia di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole all'Assicurato.

Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione

Si intendono assicurati anche gli infortuni (**a titolo esemplificativo e non esaustivo**):

- ◇ derivanti dall'uso e guida di motoveicoli;
- ◇ derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi a parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile;
- ◇ derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, eventi socio-politici, attentati, aggressioni, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva a parziale deroga dell'art. 1912 del codice civile;
- ◇ derivanti da atti compiuti per dovere di solidarietà umana;
- ◇ derivanti da partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- ◇ avvenuti in Italia in tempo di pace durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo dello stesso ed il richiamo per ordinarie esercitazioni, con esclusione degli infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi;
- ◇ subiti in occasioni di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, caduta del fulmine ed altri eventi naturali;
- ◇ sofferti in stato di malore, vertigini e incoscienza;
- ◇ derivanti da, colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche;
- ◇ derivanti dalla partecipazione in qualità di passeggero a viaggi su aeromobili o elicotteri in servizio pubblico di linea, o a voli charter e straordinari effettuati, sempre come passeggero, su veivoli eserciti da società di traffico aereo regolarmente abilitate;

Sono comunque equiparati ad infortunio :

- ◇ l'asfissia;
- ◇ il soffocamento;
- ◇ le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze, compresi l'avvelenamento e le lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- ◇ le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti escluse la malaria e le malattie tropicali;
- ◇ annegamento, assideramento o congelamento, folgorazione
- ◇ le ernie addominali traumatiche e le lesioni da sforzo;

Art. 3.2 – Esposizione agli elementi

La Società in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 3.3 – Delimitazione della garanzia - esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- ◆ dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove nonché a partecipazione di regate a vela fuori dal Mare Mediterraneo;
- ◆ dalla guida di: macchine agricole e operatrici; di natanti a motore per uso non privato ; di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- ◆ dalla guida ed uso di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dal precedente articolo
- ◆ dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme arti marziali in genere, alpinismo oltre il 3° grado, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, guidoslitta, hockey, skeleton, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- ◆ dalla partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- ◆ da ubriachezza alla guida di mezzi da locomozione, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;

- ◆ da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ◆ da guerra, insurrezioni, limitatamente al territorio della Repubblica Italiana, della Città Del Vaticano e della Repubblica di San Marino
- ◆ da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- ◆ da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 3.4 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.5 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, AIDS, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici e/o paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, laddove una o più delle malattie sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato

L'assicurazione non vale inoltre per le persone di età superiore a 75 anni.

Art. 3.6 – Determinazione del danno - criteri di indennizzo

L'assicurazione prevede l'indennizzo dei seguenti casi:

Morte

In caso di morte la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato in parti uguali tra loro.

Morte Presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli art. 60 e 62 del Codice Civile.

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 da parte dell'Assicurato dell'intera somma liquidata, l'Assicurato stesso potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida, per tale titolo, una indennità calcolandola sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta secondo le disposizioni seguenti ed in base alle percentuali indicate nella tabella INAIL come in vigore dal 24.07.2000 ed eventuali successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, senza applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

L'indennizzo per l'invalidità permanente sarà liquidato al 100% quando, in conseguenza di infortunio occorso anche non in occasione di lavoro od in conseguenza di malattia professionale, la capacità lavorativa del dirigente assicurato venga ridotta in misura superiore ai 2/3.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può 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 casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dal contratto per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Spese mediche (se previste)

La Società, in caso di infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o un'invalidità permanente, rimborsa all'assicurato, sino a concorrenza del massimale convenuto, le spese sostenute per :

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti ;
- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici ;
- rette di degenza in ospedale o clinica a seguito di ricovero prescritto dal medico curante ;
- spese di trasporto all'ospedale o clinica su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso ;
- spese fisioterapiche in genere.

La richiesta di rimborso deve essere corredata dalle ricevute originali di spesa.

Inabilità temporanea (se prevista)

La Società, in caso di inabilità temporanea liquida la somma assicurata :

- a) integralmente, per tutta la durata della totale incapacità fisica ad attendere alle occupazioni professionali ;
- b) al 50% per tutta la durata della totale incapacità fisica ad attendere alle occupazioni stesse.

L'indennizzo è corrisposto per un periodo massimo di 300 giorni l'anno

Diaria di ricovero (se prevista)

In caso di ricovero in ospedale o altro luogo di cura reso necessario da infortunio, la Società corrisponde all'assicurato l'indennità giornaliera prevista alla Sezione 4 della presente polizza per ciascun giorno di ricovero, così come identificato alle "definizioni", con esclusione del giorno di dimissione, e con il massimo di 360 giorni per annualità assicurativa. In caso di day hospital, purché di durata superiore a 3 giorni e senza soluzione di continuità, la suddetta corresponsione viene ridotta del 50%.

Art. 3.7 - Cumulo di indennizzi

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

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennizzo 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'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto, in base alle norme di polizza.

Art. 3.8 - Obblighi delle Parti Contraenti

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità dei dirigenti assicurati.

Per l'identificazione di tali dirigenti, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione della Contraente, libri che questa si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui fossero affetti gli Assicurati al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'art. "Determinazione del danno, criteri di indennizzo".

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio e per lo stesso rischio; pertanto la presente copertura assicurativa è pienamente operante indipendentemente dalla presenza o meno delle eventuali suddette polizze. Permane invece l'obbligo per il Contraente di denunciare le eventuali altre assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza.

Art. 3.9 - Responsabilità del Contraente

qualora il contraente, suoi congiunti o dipendenti, siano ritenuti responsabili dell'infortunio, il contraente ha diritto di imputare, nel risarcimento dovuto all'assicurato o suoi aventi diritto, l'indennità pagata dalla società.

Art. 3.10 - Rinuncia alla rivalsa

la società dichiara di rinunciare a favore del contraente all'azione di surroga prevista dall'art. 1916 del codice civile.

Art. 3.11 - Prescrizione

si conviene che i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 del codice civile si intendono elevati a due anni.

SEZIONE 4 NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 4.1 – Denuncia dell’infornonio ed obblighi relativi

In caso di sinistro l’Ufficio competente del Contraente dovrà farne denuncia alla Società nei modi previsti entro 15 giorni da quando ne ha avuto notizia dall’Assicurato.

Nella denuncia, sottoscritta anche dall’assicurato, dovranno essere specificati :

- generalità dell’infornonio e la sua qualifica nei confronti del Contraente
- luogo, giorno ed ora dell’evento
- cause che concorsero alla sua determinazione
- nominativi di eventuali testimoni o, comunque, indicazioni che consentano una idonea descrizione dell’accaduto.
- (per i sinistri occorsi agli assicurati di cui al precedente art. 1.4.b): idonea documentazione da cui risulti gli estremi della preventiva autorizzazione all’uso del proprio mezzo per motivi di servizio e tutti i dati significativi della missione.

Dovrà inoltre essere inviata certificazione medica, non appena disponibile.

Quando l’evento abbia causato la morte dell’assicurato o quando questa sia intervenuta durante il periodo di cura, deve essere dato tempestivo avviso alla Società.

In ogni caso, spettando al danneggiato o ai suoi aventi diritto, l’onere della prova, si intende che, in ordine all’ottenimento dell’indennizzo, dovrà essere loro cura provvedere in modo da consentire un completo accertamento del danno.

La Società si impegna a dare comunicazione al Contraente dell’avvenuta definizione o a fornire le eventuali motivazioni del rifiuto.

Art. 4.2 - Controversie

In caso di disaccordo sul diritto all’indennizzo, le parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l’indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominato uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell’Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituti di medicina legale, più vicini al luogo di residenza dell’Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

Art. 4.3 – Informazioni sui sinistri

La Società si obbliga a fornire al Contraente, al termine di ogni annualità, la documentazione riepilogativa della situazione sinistri, indicando :

- i sinistri complessivamente denunciati (numero)
- i sinistri liquidati (numero ed importi liquidati)
- i sinistri riservati (numero ed importi riservati)
- i sinistri respinti e/o senza seguito (numero e motivazioni).

Tutti i sinistri, elencati progressivamente, dovranno riportare la data di apertura della pratica da parte della Società, il relativo numero, la data di accadimento dell’evento, la data dell’eventuale chiusura della pratica per liquidazione o per motivo diverso.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita all’Ente Contraente entro il 90° giorno successivo alla scadenza del periodo assicurativo di riferimento anche mediante supporto informatico utilizzabile per le dovute elaborazioni statistiche. (possibilmente su foglio elettronico tipo excel).

Fermi restando gli obblighi suddetti per la Società, è facoltà del Contraente richiedere ed ottenere ulteriori aggiornamenti, con le stesse modalità di cui sopra, anche durante il periodo assicurativo e con preavviso di 30 giorni.

SEZIONE 5 – MASSIMALI, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 5.1 – Categorie e somme assicurate (pro-capite)

Art.	Categoria	Morte	Invalidità Permanente	Spese mediche
1.4.a)	Direttore Generale, Dirigenti, Dipendenti con qualifica di quadri	5 volte retribuz annua con il massimo di €.600.000,00	6 volte retribuz annua con il massimo di €.700.000,00	5.000,00

Art. 5.2 – Franchigie

Art.	Categoria	Invalidità permanente	Spese mediche
1.4.a)	Dirigenti	non prevista	non prevista

Art. 5.3 – Calcolo del premio

Il premio anticipato dalla Contraente viene così calcolato:

Art.	Categoria	Preventivo (salvo conguaglio a fine annualità ass.va)	Premio lordo unitario	Premio lordo totale
1.4.a)	Direttore Generale, Dirigenti, Dipendenti con qualifica di quadri	100.000 retribuzioni		
			TOTALE	

Rimane convenuto tra le parti che la regolazione premio da effettuarsi a norma dell'art. 2.9, Sezione 2 della presente polizza, verrà calcolato sulla base dei tassi finiti espressi nel presente articolo.

Art. 5.4 – Riparto di coassicurazione

Il rischio di cui alla presente polizza viene ripartito tra le seguenti Imprese secondo le percentuali indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione
(delegataria)		

Il Contraente

La Società

Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., la Società ed il Contraente dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

- 2.2 Pagamento del premio
- 2.6 Assicurazione presso diversi assicuratori
- 2.7 Decorrenza, scadenza e proroga dell'assicurazione
- 2.8 Facoltà di recesso
- 2.12 Forma delle comunicazioni
- 2.13 Clausola Broker
- 2.14 Rinvio alle norme di legge - Foro competente
- 2.16 Interpretazione del contratto
- 3.6 Determinazione del danno – criteri di indennizzo
- 3.8 Obblighi delle parti contraenti
- 4.2 Controversie
- 4.3 Informazione sinistri
- 5.2 Franchigie
- 5.3 Calcolo del premio

Il Contraente

La Società