Capitolato per l' Assicurazione

INFORTUNI CATEGORIE DIVERSE

Ferrovie Appulo Lucane

ALLEGATO 4.5

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si deve intendere per:

ASSICURATO		il Soggetto (Persona fisica) il cui interesse è protetto dall'assicurazione
ASSICURAZIONE		la copertura assicurativa offerta dal contratto
CONTRAENTE		Ferrovie Appulo Lucane, quale soggetto giuridico che sottoscrive il Contratto
POLIZZA		Il documento riportante le condizioni normative della assicurazione
SOCIETÀ o ASSICURATORE		La Compagnia di Assicurazione o il gruppo di Compagnie
BROKER		Il soggetto giuridico al quale è affidata la gestione dell'assicurazione per incarico conferito dall'Azienda Contraente
BENEFICIARIO		il soggetto al quale deve essere pagata la somma garantita in caso di morte dell'Assicurato
PREMIO		la somma dovuta dal Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate a termini della presente assicurazione;
RISCHIO		la probabilità che si verifichi il sinistro;
SINISTRO		il verificarsi del fatto per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato il danno;
INFORTUNIO		l'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
INVALIDITA' PERMANENTE		la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
INABILITA' TEMPORANEA		la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali;
INDENNIZZO INDENNITA'		la somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza;
FRANCHIGIA		la somma stabilita contrattualmente che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto;
LIMITE DI INDENNIZZO		la somma massima dovuta dalla Società;

RICOVERO		la degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura
ISTITUTO DI CURA		ogni Struttura Sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera
PERIODO DI ASSICURAZIONE		il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale;

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PROROGA - DISDETTA

La presente Polizza ha validità dalle ore 24.00 del 30.04.2017 alle ore 24,00 del 31.12.2019 fatto salvo la facoltà da parte della Stazione Appaltante, entro i sessanta giorni antecedenti la data di scadenza, di esercitare l'opzione di proroga di 120 giorni. Tale proroga verrà concessa obbligatoriamente previo pagamento di un premio addizionale pro rata con previsione di massimale aggregato pari al rateo pro tempore della proroga.
La Polizza potrà essere disdettata dalle parti a mezzo raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima di ogni ricorrenza annuale.
L'assicurato, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la società non sia disposta ad una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

In caso di recesso dal Contratto prima della sua scadenza si conviene che al Contraente spetterà la facoltà di chiedere una proroga di 120 giorni, a fronte del pagamento del relativo rateo di premio, al fine di consentire il regolare espletamento di una nuova gara. Tale proroga verrà concessa previo pagamento di un premio addizionale pro rata con previsione di massimale aggregato pari al rateo pro tempore della proroga.

2 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEI PREMI

L'Assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza anche se il pagamento del primo premio potrà essere effettuato entro i 60 (sessanta) giorni commerciali successivi.
La rata alla firma ha decorrenza dal 30.04.2017 al 30.12.2017 e devono essere pagate entro 60 giorni.
Le rate annuali di premio successive devono essere pagate entro 60 giorni.
Se il contraente non paga il premio entro tali termini, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.
Il pagamento dei premi e delle regolazioni devono essere pagati direttamente al Broker.
Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la società da atto che:

- l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

3 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione, da parte del contraente , del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

4 GESTIONE DEL CONTRATTO

L'Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza ad AON S.p.A in qualità di Broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e s.m.i.
Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso; gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e riconoscono che tale atto è liberatorio per l'Assicurato/Contraente.
La Società riconosce che la provvigione del Broker e' a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 10% (dieci per cento) sul premio imponibile.

5 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni alle quali il contraente \ l'Assicurato sono tenuti devono esser fatte con lettera raccomandata, fax, mail o altro mezzo idoneo, indirizzate al Broker, ove presente, o alla Società. le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO - BUONA FEDE- AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente all'atto della stipulazione della polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile., sempre che il Contraente \ l'Assicurato non abbiano agito con dolo.
Qualora nel corso dell'Assicurazione si verifichino variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso e la modifica decorre dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata. Nel caso in cui il Contraente non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dalla Convenzione, con preavviso di 60 giorni.
Se la variazione implica diminuzione di rischio (art. 1897 Cod.Civ.), il premio è ridotto in proporzione a partire dalla comunicazione fatta dal Contraente.
L'aggiornamento del Premio relativa all'aggravamento od alla diminuzione del rischio decorrerà dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente .
Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione\ da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il

diritto all'indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti dell'Azienda o dell'Assicurato.

7 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di interpretazione dubbia delle clausole di polizza, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all'Assicurato e/o al Contraente.

8 ONERI FISCALI

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

9 FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.
In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.
Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede il Contraente oppure, in alternativa, l'Assicurato.

10 RINVIO ALLE NORME VIGENTI

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

11 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del DLgs 196/03 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.

12 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 3 Legge 13.08.2010 n. 136 e ss. mm. e ii., la Società assicuratrice aggiudicataria del servizio si assume l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari.

L'inadempimento da parte dell'aggiudicataria costituisce causa di risoluzione della polizza. La risoluzione del contratto non andrà a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla dichiarazione di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

La prassi dei pagamenti nel mercato assicurativo fra le imprese di assicurazione, i broker e le pubbliche amministrazioni loro clienti, consente al broker, laddove presente, di incassare i premi per il tramite di un conto corrente separato di cui all'art. 117 D.lgs 07.09.2005, n. 209 (Codice delle Assicurazioni); detto conto corrente viene identificato quale conto "dedicato", senza che sia necessario

chiedere l'accensione di un altro conto dedicato in via esclusiva per i pagamenti effettuati dalle stazioni appaltanti e, in via generale, dalle pubbliche amministrazioni.

13 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, in deroga all'art.1911 tutte le Società sono responsabili in solido nei confronti del Contraente.
Le Società hanno convenuto di affidare la gestione del presente contratto alla Delegataria indicata in esso, che pertanto sarà l'unica deputata a svolgere i rapporti inerenti la presente assicurazione.
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.
Si precisa infine che alla Società delegataria viene attribuita la rappresentanza processuale delle Società coassicuratrici.

14 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Con riferimento agli elementi di rischio variabili, indicati alle varie Categorie, entro 120 (centoventi) giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, o della minor durata del contratto, il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società i relativi dati consuntivi affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio.
La Società sarà tenuta ad emettere, entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della comunicazione, la relativa appendice di regolazione del premio.
Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate rispettivamente dal Contraente al Broker entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricevimento da parte del Contraente del documento di regolazione, correttamente emesso, o dalla Società, entro 30 giorni dalla data di emissione del documento di regolazione.
Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore 30 giorni, trascorso il quale la Società liquiderà gli eventuali sinistri relativi all'annualità da regolare, nella stessa proporzione esistente tra il premio versato in via anticipata e l'intero premio dovuto (anticipo più conguaglio), fermo il suo diritto ad agire giudizialmente nei confronti del Contraente.
Quanto sopra si applica anche ai contratti scaduti per i quali resta operante la regolazione del premio.
Nel caso di contratto definitivamente scaduto, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.
Resta in ogni caso inteso che, nelle more della comunicazione dei dati consuntivi, l'assicurazione sarà valida ed efficace per tutti le persone, che al momento del sinistro, appartengono alle Categorie assicurate.

15 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente Convenzione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'Articolo "Criteri di indennizzabilità e liquidazione del danno".

16 ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per i medesimi eventi.
Per quanto coperto da assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde per l'intero danno con facoltà di agire in regresso verso gli altri assicuratori.
In caso di sinistro, su richiesta della Società, l'Assicurato dovrà denunciare l'esistenza/stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

17 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, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

18 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle generalità del Danneggiato, del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di Certificato Medico, nonché con l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, deve essere inoltrata alla Società per il tramite del Broker entro 30 (trenta) giorni da quando l'Ufficio competente ne sia venuto a conoscenza.
Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sia sopravvenuta durante il periodo di cura, di essa deve essere dato avviso alla Società il più presto possibile.
L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire la visita di Medici, nominati dalla Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, verso la Società stessa, i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e/o coloro che hanno svolto tali indagini ed accertamenti.
Se il Contraente o l'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, intenzionalmente non adempiano all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi colposamente non adempiono l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.
La società potrà eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notificazione dei sinistri o degli atti giudiziari.

19 CRITERI D'INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL DANNO

La Società liquida l'indennità soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini della presente Polizza, indipendentemente quindi da malattia o da difetti fisici, preesistenti o sopravvenuti, o da mutilazioni preesistenti, in quanto 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 considerate conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.
Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, 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 derivato dalle condizioni preesistenti.

20 LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza ai CCNL vigenti e/o ad altre obbligazioni esistenti al riguardo, la presente polizza viene stipulata a favore degli Assicurati della Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

21 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.
Qualora a seguito dell'infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società anticiperà il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di euro 50.000,00.

22 CONTROVERSIE

Le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere su qualsiasi controversia sorta in merito ad un sinistro ad un Collegio di tre Medici nominati uno per Parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.
Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Le spese del Collegio medico sono a carico della Società, salvo quelle del Terzo Arbitro che verranno sostenute in parti uguali tra la Società ed il Beneficiario.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.
E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro 730 giorni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una somma da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

23 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denunzia di sinistro e sino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti fra le parti, la Società o la Contraente possono recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni. In tal caso la Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso esclusi soltanto le imposte ed ogni altro onere di carattere tributario. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della società stessa a valersi della facoltà di recesso.
Qualora il preavviso termini oltre la scadenza annuale, l'appendice di rinnovo della polizza dovrà essere emessa per il periodo residuo del predetto preavviso, mentre verranno contestualmente calcolati in pro-rata le franchigie ed i massimali aggregati.
Il recesso per sinistro è operante durante la durata del contratto o come diversamente specificato nella dichiarazione di offerta Tecnica.

24 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato al diritto di surroga, nei confronti di eventuali Terzi responsabili dell'infortunio, spettantele a termini dell'Articolo 1916 del Codice Civile.

25 RENDICONTO SINISTRI

La Società si obbliga a fornire al Contraente, alla scadenza del 31.12 di ogni anno, il dettaglio dei sinistri così impostato:

- elencazione dei sinistri Denunciati;
- sinistri Riservati, con indicazione dell'importo a riserva che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici utilizzabili dal Contraente, che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso;
- sinistri Liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- sinistri senza seguito e respinti (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro, di tipologia e breve descrizione dell'evento, di indicazione del nominativo dell'Assicurato coinvolto nel sinistro, di data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.
Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche.
Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere al Contraente un importo pari €200,00 (duecento) per ogni giorno solare di ritardo con un importo massimo pari a €20.000,00 (ventimila).
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.
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 presente articolo.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati nei termini e limiti indicati alle singole Categorie, anche se cagionati, a parziale deroga dell'articolo 1900 del Codice Civile, da colpa grave dell'Assicurato stesso, del Contarente e/o del Beneficiario.

La garanzia è altresì operante per il "rischio in itinere" e cioè per gli infortuni che si verifichino a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro o qualsiasi altro luogo, ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria attività, mansione o incarico per conto del Contraente .

ASSICURATI

Categorie	Descrizione
A	**Dirigenti**
B	**Portavalori**

CONDIZIONI DI GARANZIA

26 ESTENSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che è compreso in garanzia, sempre che non esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di "infortunio", sono altresì considerati "infortuni":

a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
b) le conseguenze delle folgorazioni,
c) le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
d) il contatto con acidi e corrosivi, tutte le ustioni in genere;
e) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, compreso il soffocamento e comprese le intossicazioni di origine traumatica, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
f) l'asfissia;
g) l'annegamento;
h) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
i) le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;

l) le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
m) le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi, nonché in stato di malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;
n) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

L'assicurazione vale altresì:

o) per infortuni derivanti dalla partecipazione in squadre antincendio;
p) per infortuni derivanti dalla partecipazione ad associazioni di volontariato e Protezione Civile;
q) per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, a condizione che l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei;
r) durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso con l'intesa che l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e altresì a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, in tempo di pace, limitatamente ai casi di morte ed invalidità permanente;
s) per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e sport aerei in genere;
t) per infortuni derivanti da immersioni con autorespiratore, purché in possesso di regolare brevetto;
u) per gli infortuni derivanti da colpi di sonno.
v) per gli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dal verificarsi degli eventi bellici mentre si trova all'estero. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

L'assicurazione vale inoltre:

1. per le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V, AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente. L'operatività della garanzia è subordinata alla denuncia dell'infortunio entro 30 giorni dal fatto; alla denuncia dovrà essere allegata analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate; l'Assicurato dovrà tenersi disponibile alle eventuali analisi successive che la Società riterrà opportuno richiedergli e dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 giorni dalla denuncia dell'infortunio. In caso di negatività, il test per H.I.V, epatite virali B e C dovrà essere ripetuto entro 180 giorni. Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di 1 anno dalla data dell'infortunio per il solo H.I.V;

2. per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed esclusa ogni complicazione riferibile al diabete.

27 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

a) gli infortuni causati da ubriachezza alla guida di autoveicoli, da abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
b) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
c) gli infortuni che siano la conseguenza di infezioni da armi batteriologiche;

d) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
e) dalle conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra; per atto terroristico s'intende un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.
f) gli infortuni direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non, guerra civile, insurrezione a carattere generale, salvo quanto previsto all'Articolo - Rischio Guerra

28 ERNIE E SFORZI

L'assicurazione è estesa alle ernie da causa violenta nonché alle lesioni muscolari da sforzo, con l'intesa che:

a) nel caso di ernia operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
b) nel caso di ernia non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci) della somma assicurata caso di Invalidità Permanente.

Nel caso insorga una contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Articolo "Controversie".

29 CALAMITA' NATURALI

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da terremoto, lagomoto e maremoto, intendendosi per tali fenomeni tellurici il sommovimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene, nonché da eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe e slavine.
La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite di Euro 1.500.000,00 (unmilionecinquecentomila) per singolo sinistro, qualunque sia il numero delle persone infortunate.
Qualora gli indennizzi eccedessero nel loro complesso tale limiti, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

30 MORTE

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 730 (settecentotrenta) giorni da quello dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.
Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto e qualora in polizza non siano indicati i nominativi dei Beneficiari, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali fra i Beneficiari individuati applicando i criteri della successione legittima.

31 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, seguendo il criterio di cui all'Articolo precedente, il capitale previsto per il caso di morte.
La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 (centottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Articoli 60 e 62 del Codice Civile.
Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e

l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti spettantigli, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza, 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.

32 INVALIDITÀ PERMANENTE – INVALIDITA' SUPERIORE AL 50%

Ferma restando l'applicazione delle eventuali franchigie e/o scoperti previste alle rispettive Categorie assicurate, qualora l'infortunio abbia:

a) come conseguenza una invalidità permanente totale la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
b) come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che viene accertata facendo riferimento alla tabella delle percentuali d'invalidità permanente allegata al D.P.R. 30/06/1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, e con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio, ferma restando la franchigia prevista per il caso di malattia professionale.

Resta altresì convenuto quanto segue:

- per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste nella 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 trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- la perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita alla metà; quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi, in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella saranno addizionate fino al massimo del 100% (cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 1 (un) anno dal giorno dell'infortunio.

Resta comunque convenuto che l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, verrà indennizzata al 100% della somma assicurata.

33 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 clinicamente acclarate: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco - depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

34 MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione comprende le malattie professionali, riconosciute dall'INAIL e ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti colposi connessi ad eventi verificatisi durante il tempo dell'assicurazione e si manifestino, per la prima volta, in data successiva alla stipulazione della polizza ed entro i 12 mesi successivi alla cessazione della garanzia o del rapporto di lavoro.

35 LIMITI DI ETA'

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

36 VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale per tutto il Mondo.

37 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero, su aeromobili ed elicotteri in servizio pubblico e di soccorso da chiunque eserciti, esclusi:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo
- i viaggi aerei su aeromobili ed elicotteri eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei comunque effettuati, con alianti, motoalianti, aerostati, dirigibili.

Per lavoro aereo e attività pericolose di volo si intendono le attività di volo comunque svolte per: addestramento - passaggio macchina- lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - soccorso e salvataggio anche con utilizzo del verricello - gare acrobatiche- tentativi di primato - trasporto cose al gancio baricentrico- posa materiali – Off - shore - supporto pesca – appontaggio navi - spegnimento incendi.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso. La salita e la discesa mediante scale ed attrezzature speciali aeroportuali fanno parte del rischio.

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite delle somme assicurate con il massimo di € 1.000.000,00 (un milione) per singolo assicurato e di € 15.000.000,00 (quindici milioni) complessivamente per aeromobile. Qualora gli indennizzi eccedessero nel loro complesso tali limiti, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Restano in ogni caso esclusi gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

CATEGORIE ASSICURATE

Categoria A) **DIRIGENTI**

La garanzia è riferita agli infortuni occorsi agli Assicurati durante l'attività extra professionale e\o professionale quest'ultima esercitata, per conto della Contraente, durante missioni, adempimenti di servizio fuori dall'Ufficio, viaggi di lavoro con o senza soggiorno in Italia o all'Estero.
La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'Assicurato ad una della predette sedi di partenza.
Sono compresi in garanzia i rischi derivanti dalla circolazione, in qualità di conducente o di trasportato, di veicoli in uso esclusivo al Contraente stesso o dal medesimo utilizzati in locazione o comodato, oppure di veicoli privati e/o in uso dei dipendenti (anche se familiari e/o di terzi).
L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Somme assicurate pro-capite

Morte	una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione lorda annua, con un massimo di Euro 600.000,00
Invalidità Permanente	una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione lorda annua, con un massimo di Euro 720.000,00

Franchigie

Nessuna franchigia graverà su questa categoria

Calcolo del Premio Lordo

- Retribuzioni preventivate € 400.000,00
- Premio lordo pro-capite : € ……
- Premio lordo Anticipato: € ……

Categoria B)	PORTAVALORI

La garanzia è riferita al Personale Dipendente, o a figure ad esso equiparato, per gli infortuni occorsi durante lo svolgimento delle mansioni di Portavalori sia all'esterno che all'interno dell'Azienda Contraente.

Somme assicurate pro-capite

Morte	€ 100.000,00
Invalidità Permanente	€ 150.000,00

Franchigie

3% su IP

Calcolo del Premio Lordo

- - Assicurati preventivati N.3
  - Premio Lordo procapite di: € ……
  - Premio Lordo Anticipato: € ……