Lotto n. 5

Capitolato di polizza

Infortuni e IPM

CIG 8655054880

INDICE

DEFINIZIONI GENERALI 4
DEFINIZIONI DI SETTORE 6
ART. 1 – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONI 7
Art. 1.1 – Prova del Contratto di assicurazione 7
Art. 1.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 7
Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia 7
Art. 1.4 – Aggravamento del rischio 7
Art. 1.5 – Diminuzione del rischio 7
Art. 1.6 – Buona fede 8
Art. 1.7 – Assicurazione per conto altrui 8
Art. 1.8 – Durata del Contratto 8
Art. 1.9 – Oneri fiscali 8
Art. 1.10 – Rinvio alle norme di legge e Foro competente 8
Art. 1.11 – Assicurazioni presso diversi assicuratori 8
Art. 1.12 – Clausola Broker 8
Art. 1.13 – Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio 9
Art. 1.14 – Forma delle comunicazioni tra la Contraente e l'Assicuratore 9
Art. 1.15 – Elementi per il calcolo del premio 9
Art. 1.16 – Disciplina della responsabilità 10
Art. 1.17 – Personale distaccato o comandato 10
Art. 1.18 – Rinuncia al diritto di rivalsa 10
Art. 1.19 Partecipazione delle Società – Raggruppamento temporaneo di imprese Associazione Temporanea di Imprese o Coassicurazione 10
Art. 1.20 – Tracciabilità dei flussi finanziari 11
Art. 1.21 – Trattamento dei dati 11
Art. 1.22 – Disposizione finale 11
ART. 2 – CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE 12
Art. 2.1 – Regolazione e conguaglio del premio 12
Art. 2.2 – Estensione territoriale 12
Art. 2.3 – Efficacia temporale della garanzia 12
Art. 2.4 – Infortuni Extraprofessionali 12
Art. 2.5 – Penali 12
Art. 2.6 - SANZIONI (Sanction clause) 13
ART. 3 – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA 14
SEZIONE 1) – INFORTUNI 14
Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione 14
Art. 3.2 – Rischi inclusi nell'assicurazione 14
Art. 3.3 – Delimitazione dell'assicurazione – Esclusioni 15
Art. 3.4 – Categorie e somme assicurate 15
Art. 3.5 – Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni 15
Art. 3.6 – Assicurabilità 16
Art. 3.7 – Morte 16
Art. 3.8 – Invalidità Permanente 16
Art. 3.9 – Inabilità Temporanea (garanzia valida solo per categoria A dell'Allegato "A") 16
Art. 3.10 – Cumulo di indennità 17
Art. 3.11 – Spese mediche da infortunio 17
Art. 3.12 – Franchigia 17
SEZIONE 2) – INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA 18
Art. 3.13 – Oggetto dell'assicurazione 18
Art. 3.14 – Delimitazione dell'assicurazione – Esclusioni 18
Art. 3.15 – Assicurabilità 18
Art. 3.16 – Criteri di liquidazione 18
Art. 3.17 – Cumulo di indennità 19
ART. 4 - CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI 21

Art. 4.1 – Denuncia dei sinistri - Obblighi delle Parti relativi alla SEZIONE 1) 21
Art. 4.2 – Denuncia dei sinistri - Obblighi delle Parti relativi alla SEZIONE 2) 21
Art. 4.3 – Collegio Medico 21
Art. 4.4 – Liquidazione 22
ART. 5 - CONDIZIONI PARTICOLARI 23
Art. 5.1 – Rinuncia alla rivalsa 23
Art. 5.2 – Morte presunta 23
Art. 5.3 – Esposizione agli elementi 23
Art. 5.4 – Ernie traumatiche e da sforzo 23
Art. 5.5 – Calamità naturali 23
Art. 5.6 – Rischio volo 23
Art. 5.7 – Rischio guerra 24
Art. 5.8 – Contaminazione biologica/chimica/nucleare 24
Art. 5.9 – Esonero denuncia di infermità e difetti 24
Art. 5.10 – Danni estetici 24
Art. 5.11 – Raddoppio capitale in caso di commorienza 24
Art. 5.12 – Raddoppio capitale assicurato in caso di morte da circolazione stradale 24
Art. 5.13 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona 25
Art. 5.14 – Morsi di animali, punture di insetti 25
Art. 5.15 – Malattie tropicali 25
Art. 5.16 – Malattie professionali (valida solo per Categoria A e B) 25
Art. 5.17 – Grave Invalidità Permanente 25
Art. 5.18 – Sport pericolosi 25
Art. 5.19 – Rimpatrio della salma 25
Art. 5.20 – Rientro sanitario aereo 26
Dichiarazione 27
ALLEGATO "A" 28
CONTRATTO DI APPALTO PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI 29

DEFINIZIONI GENERALI

Nel testo che segue, si intende per:

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione, la Contraente.

CAPITOLATO DI POLIZZA

Il presente documento contenente le condizioni generali e speciali della polizza.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Capitolato di polizza ed il Contratto di appalto sottoscritti all'esito della procedura di gara, di seguito anche solo "Contratto".

ATTIVITA' PROFESSIONALE

Quella svolta per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività svolta, nessuna esclusa ovunque e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture. L'Assicuratore dichiara quindi di essere a conoscenza di tutte le attività svolte dalla Contraente.

L'attività di cui sopra può essere svolta in regime di "lavoro agile" e/o di "telelavoro", in attuazione alla disciplina legislativa e contrattuale attualmente vigente in materia.

BROKER

Willis Italia S.p.A. con sede legale in Via Pola, 9 – 20124 Milano e sede operativa in Piazzale Don Luigi Sturzo, n. 31 - 00144 Roma - indirizzo PEC: willisitaly@willis.mailcert.it.

CONTRAENTE

Equitalia Giustizia S.p.A.

POLIZZA

Il documento numerato emesso dall'Assicuratore a seguito della sottoscrizione del Contratto di assicurazione, entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione stessa.

PARTE O PARTI

Equitalia Giustizia S.p.A. e l'Assicuratore, rispettivamente, disgiuntamente e congiuntamente intese.

FRANCHIGIA

L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

SCOPERTO

La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO/RISARCIMENTO

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

PREMIO

La somma, comprensiva di imposte, dovuta dalla Contraente per la copertura assicurativa.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi di un evento che impegna l'Assicuratore al pagamento della prestazione convenuta.

ASSICURATORE

L'impresa assicuratrice (o le imprese assicuratrici in caso di partecipazione alla gara in forma associata – R.T.I. / Consorzio / Coassicurazione) aggiudicataria della presente gara.

PERIODO ASSICURATIVO

Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di scadenza del Contratto.

DEFINIZIONI DI SETTORE

RETRIBUZIONI

Tutto ciò che gli Assicurati di cui all'Allegato "A" ricevono a compenso dell'opera prestata - al lordo di ogni trattenuta - e/o gli importi pagati dalla Contraente a soggetti terzi quale corrispettivo per l'utilizzo delle stesse persone.

Devono intendersi equiparati agli Assicurati di cui all'Allegato "A" eventuali figure che vengano introdotte da riforme di legge successive all'attivazione del Contratto.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

INABILITA' TEMPORANEA

L'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio.

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di malattia.

MALATTIA

Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

RISCHIO PROFESSIONALE

L'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Contraente.

RISCHIO EXTRAPROFESSIONALE

L'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

ART. 1 – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONI

Art. 1.1 – Prova del Contratto di assicurazione

L'Assicuratore è obbligato a rilasciare alla Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Il Contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale dell'Assicuratore che concede la copertura assicurativa.

Art. 1.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della 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 e 1894 Codice Civile, salvo quanto previsto al successivo Art. 1.6 – Buona Fede.

Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Anche in deroga al disposto dell'Art. 1901 Codice Civile, la Contraente pagherà all'Assicuratore per il tramite del broker:

1. entro 30 (trenta) giorni, salvo offerta migliorativa, dalla data di effetto del Contratto di assicurazione, il premio di prima rata;
2. entro 30 (trenta) giorni, salvo offerta migliorativa, successivi a ciascuna data di scadenza annuale intermedia, il premio riferito al Periodo Assicurativo in corso;
3. entro 30 (trenta) giorni, salvo offerta migliorativa, dalla data di ricezione dell'appendice:
   - il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza;
   - il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

In caso di regolazione premio passiva, l'Assicuratore sarà tenuto a rimborsare alla Contraente il premio, al netto delle imposte, entro il medesimo termine di cui al precedente punto 3 dalla data di ricezione dell'appendice sottoscritta dalla Contraente.

Se la Contraente, entro il termine di cui sopra, non provvede al pagamento del premio o della prima rata di premio, dei premi successivi o delle rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno utile al pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento stesso, ferme le successive scadenze (Art. 1901 C.C.).

Art. 1.4 – Aggravamento del rischio

L'Assicuratore accetta di ritenere in garanzia le coperture di cui al presente Contratto nel caso in cui si siano verificati aggravamenti del rischio (Art. 1898 Codice Civile) riservandosi - in contraddittorio con la Contraente - la definizione del relativo incremento di premio e rinunciando al recesso dal Contratto per tale titolo.

Alla ricezione della proposta di incremento di premio, la Contraente, entro 15 (quindici) giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del Contratto e la Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui al precedente Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.

Art. 1.5 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, l'Assicuratore è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione della Contraente ai sensi dell'Art. 1897 Codice Civile e rinuncia, ora per allora, al relativo diritto di recesso.

Art. 1.6 – Buona fede

L'omissione da parte della Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni della Contraente all'atto della stipulazione del Contratto di assicurazione o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede (quindi esclusi i casi di dolo o colpa grave). Rimane fermo il diritto dell'Assicuratore, una volta venuto a conoscenza di circostanze aggravanti, che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza dell'Assicuratore o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per il Periodo Assicurativo in corso).

Art. 1.7 – Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, cosi come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 1.8 – Durata del Contratto

Il Contratto di assicurazione avrà validità di 24 mesi con effetto dalle ore 24 del XX/XX/XXXX e scadenza alle ore 24 del XX/XX/XXXX, ferma la facoltà della Contraente di recedere dallo stesso, con preavviso di almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza annuale. L'Assicuratore ha la facoltà di recedere dal Contratto, in occasione di ciascuna scadenza annuale con preavviso di almeno 180 (centottanta) giorni, salvo offerta migliorativa.

La Contraente, con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza del Contratto di assicurazione, ha facoltà di richiedere all'Assicuratore una proroga temporanea della presente assicurazione fino ad un massimo di 180 (centottanta) giorni, proroga finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

L'Assicuratore, dietro corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin da ora a prorogare il presente Contratto alle medesime condizioni normative ed economiche per il periodo richiesto dalla Contraente.

Art. 1.9 – Oneri fiscali

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

Art. 1.10 – Rinvio alle norme di legge e Foro competente

Per quanto non previsto – dal presente Contratto di assicurazione – che verrà interpretato in maniera più estensiva e favorevole per la Contraente/Assicurato - qualora le norme contrattuali fossero discordanti tra loro, valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per tutte le controversie che dovessero insorgere tra la Contraente e l'Assicuratore in relazione all'interpretazione, all'esecuzione ed alla risoluzione del Contratto di assicurazione, sarà competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede la Contraente.

Art. 1.11 – Assicurazioni presso diversi assicuratori

La Contraente e gli Assicurati sono esonerati dalla preventiva denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 1.12 – Clausola Broker

Per la gestione e l'assistenza nell'esecuzione del Contratto la Contraente si avvale del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005; di conseguenza tutti i rapporti inerenti il presente Contratto, compreso il pagamento dei premi, saranno gestiti dal Broker.

Ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto della Contraente/dell'Assicurato

all'Assicuratore si intenderà come fatta dalla Contraente/dall'Assicurato stesso. Parimenti ogni comunicazione fatta dall'Assicuratore al Broker si intenderà come fatta dall'Assicuratore alla Contraente/all'Assicurato.

L'Assicuratore dà atto che, il pagamento dei premi al Broker è liberatorio per la Contraente e riconosce al Broker stesso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno del mese successivo a quello in cui il Broker medesimo ha incassato i relativi premi.

La remunerazione del Broker è posta per intero a carico dell'Assicuratore, nella misura del 3,50% (IPM) e 9% (infortuni prof.li ed extra-prof.li) sul premio imponibile.

Art. 1.13 – Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

L'Assicuratore fornirà semestralmente, entro il 15° giorno del mese successivo al semestre di riferimento, alla Contraente per il tramite del Broker, un elenco riepilogativo, in formato Excel®, dei Sinistri denunciati dall'inizio del Contratto di assicurazione, riportante:

- la numerazione attribuita;
- la data di accadimento;
- la natura dell'evento;
- lo stato del sinistro;
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato;
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione;
- una breve descrizione del sinistro.

L'Assicuratore dovrà fornire lo stesso riepilogo nel caso di ogni altra richiesta da parte della Contraente ed entro 15 (quindici) giorni dalla richiesta medesima.

Rimane fermo l'obbligo dell'Assicuratore di fornire tali dati, nei termini di cui sopra, anche dopo la scadenza del presente Contratto e fino al termine della chiusura dei sinistri denunciati.

Art. 1.14 – Forma delle comunicazioni tra la Contraente e l'Assicuratore

Tutte le comunicazioni relative alla gestione del presente Contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta elettronica e/o PEC - avverranno per il tramite del Broker, che viene quindi riconosciuto dalle Parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

Tutte le comunicazioni in ordine alla validità e/o interpretazione del presente Contratto o relative a contestazioni, diffide, recesso e risoluzione del Contratto stesso dovranno essere effettuate direttamente tra le Parti a mezzo PEC.

Art. 1.15 – Elementi per il calcolo del premio

Il premio per ogni Periodo Assicurativo annuo (ed eventuali proroghe) è determinato in base all'applicazione dei tassi e dei premi pro-capite, risultanti dall'offerta economica presentata dall'Assicuratore, che rimangono fissi per l'intera durata del Contratto, ai parametri espressamente indicati nello schema di offerta economica.

Il premio per ogni annualità assicurativa è determinato come segue:

Sezione	**Parametro**	**Premi (come risultanti dall'offerta economica presentata dall'Assicuratore)**	
		Tasso lordo annuo ‰	**Premio lordo annuo pro-capite**
Infortuni	€ 9.259.000,00	XX,XX ‰	
IPM	7		€ XX,XX

Il premio per ogni Periodo Assicurativo (ed eventuali proroghe) verrà versato in via anticipata nella misura dell'80%; il restante premio sarà versato in sede di regolazione, come specificato al successivo Art. 2.1 - Regolazione e conguaglio del premio.

Art. 1.16 – Disciplina della responsabilità

La presente assicurazione vale per le richieste avanzate nei confronti dell'Assicurato indipendentemente dalla sede giurisdizionale e dalla fonte giuridica invocata: norme di legge nazionali, comunitarie, usi e consuetudini, ed ogni altra norma giuridica ritenuta applicabile.

Art. 1.17 – Personale distaccato o comandato

Le garanzie si intendono operanti anche qualora gli Assicurati fossero distaccati o comandati o prestino la propria attività presso terzi, su incarico e/o disposizione della Contraente.

Devono, quindi, intendersi compresi anche i lavoratori che svolgono attività di "lavoro agile" e/o di "telelavoro" in attuazione alla disciplina legislativa e contrattuale attualmente vigente in materia.

Art. 1.18 – Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, salvo il caso di dolo, al diritto di surrogazione derivante dall'Art. 1916 del Codice Civile nei confronti della Contraente, delle persone delle quali la Contraente debba rispondere a norma di legge, gli utenti, nonché i clienti della Contraente, le associazioni, i patronati e gli enti in genere senza scopo di lucro.

L'Assicuratore rinuncia altresì all'azione di rivalsa nei confronti di chiunque altro la Contraente o l'Assicurato abbia inteso salvaguardare con la stipula di particolari accordi scritti, salvo sempre il caso di dolo.

Art. 1.19 Partecipazione delle Società – Raggruppamento temporaneo di imprese Associazione Temporanea di Imprese o Coassicurazione

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Società assicuratrici componenti l'Associazione Temporanea di Imprese:

⇒ Compagnia _____ Società mandataria ____ Quota xx%
⇒ Compagnia _____ Società mandante ____ Quota xx%
⇒ Compagnia _____ Società mandante ____ Quota xx%

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione all'Associazione Temporanea di Imprese.

⇒ Società: ……..… Quota xx%
⇒ Società: ……..… Quota xx%
⇒ Società: ……..… Quota xx%

In caso di coassicurazione

L'assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate:

⇒ Compagnia _____ Quota ____ % - Delegataria
⇒ Compagnia _____ Quota ____ % - Coassicuratrice
⇒ Compagnia _____ Quota ____ % - Coassicuratrice

L'Impresa Delegataria provvederà, comunque ed in ogni caso, in deroga a quanto disposto dall'art.1911 c.c. e con responsabilità solidale di tutte le imprese partecipanti all'accordo di coassicurazione, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri nei confronti dell'Assicurato danneggiato o comunque dell'avente diritto senza che possano essere ad esso opposte eccezioni e/o riserve da parte delle altre Imprese Coassicuratrici.
La Contraente ha affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio assicurativo Willis Italia Spa e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente e degli Assicurati dalla società Willis Italia S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici. 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. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Art. 1.20 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, il Broker nonché ogni altra impresa a 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 agosto 2010 n. 136 e s.m.i..
I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Contraente 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 e 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 riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dal Contraente.
Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 1.21 – Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle Parti (Contraente, Assicurato, Assicuratore) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 1.22 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme di cui al presente Capitolato di polizza.

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dall'Assicuratore vale solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le società che costituiscono l'Assicuratore, in caso di partecipazione alla gara in forma associata (R.T.I. – Consorzio - Coassicurazione).

ART. 2 – CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE

Art. 2.1 – Regolazione e conguaglio del premio

Il premio per ogni Periodo Assicurativo viene anticipato, in via provvisoria, nella misura dell'80% (Art.1.15 - Elementi per il calcolo del premio), e sarà regolato alla fine del medesimo Periodo Assicurativo come segue:
Le eventuali variazioni in aumento o in diminuzione non verranno considerate modifiche o aggravamenti di rischio.

A tale scopo, entro 90 (novanta) giorni dalla data di scadenza di ciascun Periodo Assicurativo, la Contraente comunicherà all'Assicuratore, per iscritto per il tramite del Broker, il valore delle Retribuzioni effettivamente erogate e il numero effettivo delle persone da assicurare nel Periodo Assicurativo di riferimento. Se, nel termine di scadenza di cui sopra, la Contraente non provvede alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, l'Assicuratore fisserà un ulteriore termine di 30 (trenta) giorni dandone comunicazione alla Contraente, a mezzo PEC.

Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa nei confronti della Contraente, fermo l'obbligo di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

L'Assicuratore, sulla base dei menzionati dati, provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale entro e non oltre il termine di 30 (trenta) giorni dalla comunicazione stessa.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate, rispettivamente dalla Contraente e dall'Assicuratore, nei termini di cui al precedente Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, nel rispetto della normativa di natura contabile/fiscale applicabile in materia.

L'Assicuratore ha il diritto di effettuare verifiche e controlli sui dati forniti dalla Contraente a fronte dei quali la Contraente è tenuta a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

Si conviene che, ove la Contraente abbia in buona fede omesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, l'Assicuratore riconoscerà comunque la piena validità del Contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 2.2 – Estensione territoriale

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.3 – Efficacia temporale della garanzia

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente Contratto.

Art. 2.4 – Infortuni Extraprofessionali

Relativamente agli infortuni extraprofessionali la polizza verrà stipulata attraverso una Cassa di Assistenza, che dovrà essere disponibile al momento della sottoscrizione del Contratto e dovrà avere le caratteristiche di cui all'art. 51 del D.P.R. 917/1986 e s.m.i.

Con la sottoscrizione del contratto, pertanto, l'Assicuratore dovrà comunicare la designazione della Cassa di Assistenza.

In assenza di tale designazione, la Contraente potrà scegliere la Cassa di Assistenza per la stipula del contratto di cui sopra.

Si precisa che gli eventuali costi di adesione alla Cassa resteranno comunque a carico dell'Assicuratore.

Art. 2.5 – Penali

In caso di ritardo nell'adempimento delle prestazioni contrattuali assunte dall'Assicuratore, la Contraente potrà applicare, salvo il maggior danno, le penali giornaliere di seguito riportate:

Prestazione	Rif. Art.	Termine	Penale per ogni giorno di ritardo
Emissione della polizza e delle appendici	1.1	Entro 30 (trenta) giorni dalla data di effetto di ciascun documento.	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore complessivo del Contratto.
Fornitura dei dati dell'andamento del rischio	1.13	Entro il 15° giorno del mese successivo al semestre di riferimento ovvero entro 15 (quindici) giorni dalla richiesta.	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore complessivo del Contratto.
Apertura del Sinistro o rifiuto all'apertura del Sinistro	4.1 4.2	Entro 30 (trenta) giorni, dal ricevimento della denuncia di sinistro.	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore complessivo del Contratto.
Pagamento dell'indennizzo	4.4	Entro 30 (trenta) giorni, salvo offerta migliorativa, dall'accettazione della proposta di liquidazione o dalla data del verbale del Collegio Medico.	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore complessivo del Contratto.

Art. 2.6 - SANZIONI (Sanction clause)

Tale clausola sarà definita dall'Assicuratore aggiudicatario del presente Contratto

ART. 3 – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle condizioni che regolano l'assicurazione in generale di cui ai precedenti articoli 1 e 2.

L'eventuale discordanza tra le condizioni che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare e/o le condizioni del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole alla Contraente e/o agli Assicurati.

SEZIONE 1) – INFORTUNI

Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali, ivi compreso il rischio in itinere, ed extra-professionali.

L'Assicuratore prende atto che la Contraente attiverà o potrebbe attivare un programma di "lavoro agile" ai sensi della legge 81/2017 e/o di "telelavoro", in base al quale concede ai propri dipendenti la facoltà di poter lavorare fuori dalla propria sede di lavoro.

Premesso che per tale attività la Contraente si obbliga a tenere un elenco aggiornato dei nominativi e delle giornate rientranti nel programma di "lavoro agile" e/o di "telelavoro", la copertura del rischio professionale opera anche in occasione di tali giornate per gli infortuni occorsi nell'ambito del proprio domicilio o di altri ambienti durante lo svolgimento delle attività professionali.

Si precisa che durante tali giornate sarà considerata "professionale" solo l'attività necessaria per l'espletamento degli incarichi aziendali, pertanto il dipendente non dovrà effettuare attività che possano compromettere il corretto svolgimento dell'attività stessa.

Si ritiene altresì compreso il "rischio in itinere", a condizione che la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza.

Va aggiunto che ai fini dell'indennizzabilità dell'evento, l'Assicuratore potrà procedere con specifici accertamenti finalizzati a verificare la sussistenza dei presupposti sostanziali della tutela/sicurezza e, in particolare, a verificare se l'attività svolta dal lavoratore al momento dell'evento infortunistico sia comunque in stretto collegamento con quella lavorativa, in quanto necessitata e funzionale alla stessa, sebbene svolta all'esterno.

Art. 3.2 – Rischi inclusi nell'assicurazione

Ai sensi del presente Capitolato di polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- annegamento;
- folgorazione;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- assideramento e/o congelamento;
- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza; o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
- intossicazione anche non avente origine traumatica;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- colpi di sole o di calore;
- lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;

- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- danni estetici conseguenti ad infortunio.

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- aggressioni ed atti violenti.

Art. 3.3 – Delimitazione dell'assicurazione – Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei, salvo quanto previsto dall'Art. 5.6 - Rischio volo;
- dalla pratica di paracadutismo e sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura o di gare podistiche, di bocce, ginnastica, pattinaggio, golf, pesca senza uso di autorespiratore, squash, scherma, tennis, regate veliche (escluse quelle di altura), gare e/o partite aziendali e/o aventi carattere ricreativo o di attività ciclo amatoriali;
- derivanti da guerra e/o insurrezioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 3.4 – Categorie e somme assicurate

Le categorie e le somme assicurate sono quelle indicate nell'Allegato "A".

La Contraente è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Art. 3.5 – Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

Agli effetti assicurativi, per retribuzione di fatto s'intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, 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.

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione di fatto annua dell'infortunato quella percepita nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicato per le mensilità di contratto; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 (dodici) mesi precedenti per i titoli di cui sopra, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Per i dipendenti che non abbiano raggiunto il mese di servizio e per quelli assunti temporaneamente, per liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella che si ottiene

moltiplicando per 365 (trecentosessantacinque) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.

Per l'identificazione di tali persone, 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 impegna ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore di fare accertamenti e controlli.

Art. 3.6 – Assicurabilità

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione altresì cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Le garanzie assicurative, inoltre, non valgono per le persone di età maggiore di 75 anni.

Art. 3.7 – Morte

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dall'Assicuratore ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile ai termini del presente Capitolato di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art. 3.8 – Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, l'Assicuratore liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche eventualmente intervenute, con rinuncia da parte dell'Assicuratore all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata 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.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

Art. 3.9 – Inabilità Temporanea (garanzia valida solo per categoria A dell'Allegato "A")

Se l'infortunio ha per conseguenza una Inabilità Temporanea dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, l'Assicuratore liquida la diaria assicurata:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate;
- al 50%, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

L'indennità per Inabilità Temporanea che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni da quello

dell'infortunio.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'Art. 4.1 - Denuncia dei sinistri - Obblighi delle Parti relativi alla SEZIONE 1, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Assicuratore possa stabilire una data anteriore, dandone dettagliata motivazione nella proposta di risarcimento.

Art. 3.10 – Cumulo di indennità

L'indennizzo per Inabilità Temporanea è cumulabile con quello per Morte o per Invalidità Permanente.

Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso Morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 3.11 – Spese mediche da infortunio

L'Assicuratore rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio risarcibile ai termini del Capitolato di polizza, il costo delle cure mediche sostenute fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo di Euro 20.000,00 (ventimila/00).

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi;
- spese per uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Art. 3.12 – Franchigia

L'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato con le seguenti modalità:

Categoria A) Amministratore Delegato, Direttore Generale – Categoria B) Dirigenti – Categoria – C) Quadri direttivi

Rischi Professionali ed Extraprofessionali: l'indennizzo verrà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia.

Categoria D) Altri Dipendenti

- Rischi Professionali: l'indennizzo verrà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
- Rischi Extraprofessionali: l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato con la deduzione di una franchigia assoluta del 3%; in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 7% la franchigia di cui sopra s'intende annullata.

SEZIONE 2) – INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
(Garanzia valida esclusivamente per la categoria A) e B)

Art. 3.13 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione si intende estesa, per l'Amministrazione Delegato, il Direttore Generale e i Dirigenti, al caso di invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi durante il periodo di copertura.

Art. 3.14 – Delimitazione dell'assicurazione – Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia le Invalidità Permanenti da Malattia derivanti da:

a) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o dall'uso a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, di stupefacenti, di allucinogeni;
b) trasmutazione del nucleo dell'atomo, nonché da radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
c) malattie professionali di cui al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche;
d) eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezione a carattere generale;
e) dolo dell'assicurato.

Art. 3.15 – Assicurabilità

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, infermità mentali; l'assicurazione altresì cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Le garanzie assicurative, inoltre, non valgono per le persone di età maggiore di 65 anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del sessantacinquesimo anno di età. Tale limite di età si intende elevato a 75 anni per un massimo di n. 12 soggetti assicurati.

Art. 3.16 – Criteri di liquidazione

In caso di accertata Invalidità Permanente da Malattia si conviene che non si farà luogo ad indennizzo quando la stessa sia di grado inferiore al 25% della totale. Se invece essa risulterà superiore o pari al 25% della totale, l'Assicuratore liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
25	1
26	3
27	5
28	7
29	9
30	11
31	13
32	15
33	17
34	19
35	21
36	23
37	25
38	27
39	29

40	31
41	33
42	35
43	37
44	39
45	41
46	43
47	45
48	47
49	49
50	52
51	55
52	58
53	61
54	64
55	67
56	70
57	73
58	76
59	79
60	82
61	85
62	88
63	91
64	94
65	97
66	100
oltre 66	100

La percentuale di invalidità permanente viene accertata con riferimento alla tabella allegata al T.U. sulla assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e per le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche non prima che sia decorso un anno dalla denuncia e comunque non oltre 18 mesi da tale data.

Nei casi di Invalidità Permanente da Malattia non specificati nella predetta tabella, l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa generica dell'Assicurato.

La visita sarà effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico dell'Assicuratore, i quali definiranno e concorderanno il grado di invalidità permanente.
In caso di controversie vale quanto previsto dall'Art. 4.3 - Collegio Medico delle Condizioni che regolano la gestione sinistri.

Art. 3.17 – Cumulo di indennità

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quella di Invalidità Permanente da Infortunio.

ART. 4 - CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

Art. 4.1 – Denuncia dei sinistri - Obblighi delle Parti relativi alla SEZIONE 1)

A parziale deroga dell'Art. 1913 Codice Civile, i Sinistri devono essere denunciati per iscritto all'Assicuratore per il tramite del Broker entro 30 (trenta) giorni lavorativi, salvo offerta migliorativa, da quando la richiesta di risarcimento o la contestazione è pervenuta all'ufficio preposto della Contraente.

L'Assicurato, tramite il Broker, deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, una descrizione contenente le informazioni necessarie ad una corretta comprensione dei fatti, i documenti relativi al Sinistro, adoperandosi alla raccolta di tutti gli elementi utili ed a coadiuvare all'Assicuratore per la migliore soluzione della pratica.

L'Assicuratore dovrà dare comunicazione al Broker dell'apertura del Sinistro e dei relativi estremi entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della denuncia del Sinistro.

Nel suddetto termine l'Assicuratore si obbliga a comunicare al Broker l'eventuale rifiuto all'apertura del Sinistro, motivandola dettagliatamente rispetto agli obblighi contrattuali.

Art. 4.2 – Denuncia dei sinistri - Obblighi delle Parti relativi alla SEZIONE 2)

A parziale deroga dell'Art. 1913 Codice Civile, l'Assicurato per il tramite del Broker deve denunciare all'Assicuratore qualsiasi malattia che, secondo parere medico, abbia provocato o possa provocare una Invalidità Permanente indennizzabile ai termini del presente Capitolato di polizza; la denuncia deve essere effettuata entro 30 (trenta) giorni, salvo offerta migliorativa, dal rilascio del relativo certificato o dal giorno in cui all'ufficio competente della Contraente è pervenuta la richiesta di risarcimento o la contestazione.

L'Assicuratore dovrà dare comunicazione al Broker dell'apertura del Sinistro e dei relativi estremi entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della denuncia del Sinistro.

Nel suddetto termine l'Assicuratore si obbliga a comunicare al Broker l'eventuale rifiuto all'apertura del Sinistro, motivandola dettagliatamente rispetto agli obblighi contrattuali.

Art. 4.3 – Collegio Medico

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o durata della Inabilità Temporanea, l'Assicuratore e l'Assicurato si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici, di decidere a norma e nei limiti delle condizioni del presente Capitolato di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che l'Assicuratore comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto, di comune accordo tra l'Assicuratore e l'Assicurato, tra una terna di medici proposta dai primi due medici; in caso di disaccordo il terzo medico verrà designato dal Segretario dell'Ordine dei Medici della Provincia di residenza dell'Assicurato.

Costituito il Collegio Medico lo stesso svolgerà le proprie attività con le modalità che riterrà più opportune fermo restando che qualora sia necessaria la presenza dell'Assicurato, i tempi, le modalità e il luogo saranno concordati con l'Assicurato stesso. Il Collegio Medico, al termine delle attività, redigerà un verbale contenete le decisioni assunte in ordine a quanto oggetto del mandato.

L'Assicuratore e l'Assicurato sosterranno ciascuno le proprie spese, compresi gli onorari del medico da essi designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti - anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale - le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo in caso di dolo, errore, violenza o di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso ogni qualsivoglia azione od eccezione inerente l'indennizzabilità del danno.

Art. 4.4 – Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore provvederà, entro 30 (trenta) giorni, ad inviare la proposta di risarcimento all'Assicurato ed al Broker.

L'Assicuratore provvederà alla liquidazione di quanto previsto dalla proposta di risarcimento, entro 30 (trenta) giorni, salvo offerta migliorativa, dall'accettazione della proposta stessa e firma della relativa quietanza.

In caso l'Assicurato proponga di convocare il Collegio Medico, l'Assicuratore provvederà alla liquidazione del risarcimento, entro 30 (trenta) giorni, salvo offerta migliorativa, dalla data del verbale del Collegio Medico, sempre che non sia stata fatta opposizione.

ART. 5 - CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 5.1 – Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa verso i terzi responsabili dell'infortunio che le compete per l'Art. 1916 Codice Civile.

Art. 5.2 – Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai termini del presente Capitolato di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che l'Assicuratore ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 5.3 – Esposizione agli elementi

L'Assicuratore, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dall'Art. 3 - Condizioni che regolano l'assicurazione Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e 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 di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 5.4 – Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art. 3.2 - Rischi inclusi nell'assicurazione, si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 (trenta) giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata.

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 4.3 - Collegio Medico.

Art. 5.5 – Calamità naturali

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.
Il caso di sinistro, che abbia colpito più persone in occasione di un medesimo evento, l'Assicuratore non potrà essere chiamato a risarcire un indennizzo complessivo superiore all'importo di Euro 20.000.000,00 (ventimilioni/00).

Art. 5.6 – Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei, effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs.

Agli effetti della presente garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo e terminato nel momento in cui ne discende.
In caso di sinistro l'Assicuratore non potrà essere chiamato a risarcire un indennizzo complessivo superiore all'importo di Euro 20.000.000,00 (ventimilioni/00) qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile.

Art. 5.7 – Rischio guerra

La garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti dallo stato di guerra, per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Art. 5.8 – Contaminazione biologica/chimica/nucleare

Per gli infortuni derivanti, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica e/o nucleare, l'Assicuratore non potrà essere chiamato a risarcire un indennizzo complessivo per sinistro e per anno (o minor periodo) superiore ad Euro 3.000.000,00 (tremilioni/00).

Art. 5.9 – Esonero denuncia di infermità e difetti

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 3 - Condizioni che regolano l'assicurazione Infortuni, si dà atto che la Contraente è esonerata dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del Contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.
In caso di infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal Capitolato di polizza.

Art. 5.10 – Danni estetici

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente Contratto, l'Assicuratore riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato allo scopo di ridurre o eliminare il danno fino a concorrenza di Euro 25.000,00 (venticinquemila/00) per evento, salvo offerta migliorativa.

Art. 5.11 – Raddoppio capitale in caso di commorienza

Se il medesimo infortunio provoca la morte dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato e se i loro figli minorenni risultano beneficiari dell'assicurazione, l'Assicuratore paga una seconda volta la somma convenuta per il caso Morte con il massimo di Euro 250.000,00 (duecentocinquantamila/00) salvo offerta migliorativa.

Art. 5.12 – Raddoppio capitale assicurato in caso di morte da circolazione stradale

L'Assicuratore corrisponderà il doppio dell'indennità prevista per il caso di morte, per infortuni causati dalla circolazione stradale e subiti dagli Assicurati nella loro qualità di:

- conducenti, abilitati a norma delle disposizioni in vigore, di qualsiasi mezzo pubblico o privato;
- trasportati, su mezzi di locomozione pubblici o privati, a condizione che tali mezzi siano abilitati al trasporto di persone;
- pedoni, limitatamente agli infortuni subiti per effetto della circolazione di veicoli.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse, gare, allenamenti e prove. La somma aggiuntiva corrisposta dall'Assicuratore in base alla presente estensione non potrà superare l'importo di Euro 250.000,00 (duecentocinquantamila/00), salvo offerta migliorativa, e non è cumulabile con l'estensione di cui al precedente Art. 5.11 - Raddoppio capitale in caso di commorienza.

Art. 5.13 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, l'Assicuratore corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta comunque convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggiore indennizzo da corrispondere non potrà, in ogni caso, superare l'importo di Euro 250.000,00 (duecentocinquantamila/00).

Art. 5.14 – Morsi di animali, punture di insetti

Resta convenuto tra le Parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obbiettivamente accertate ed avvelenamenti che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali con esclusione della malaria e del carbonchio, ma con l'inclusione delle infezioni carbonchiose causate da ferite e/o abrasioni risarcibili ai termini del presente Capitolato di polizza.

Art. 5.15 – Malattie tropicali

Resta convenuto tra le Parti che, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, la garanzia è estesa alle malattie tropicali da cui gli Assicurati fossero colpiti durante il soggiorno in tutto il Mondo, con l'intesa che per malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. del 1938 e successive modificazioni.

Resta convenuto inoltre che:

- la valutazione dell'Invalidità permanente sarà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati ai termini del presente Capitolato di polizza per il caso di Invalidità Permanente;
- non si farà luogo ad indennizzo quando il grado di Invalidità Permanente è pari o inferiore al 15%, se invece l'Invalidità Permanente risulta superiore a detta percentuale, l'indennizzo viene liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
- il periodo utile massimo, per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma delle presenti disposizioni per il rischio delle malattie tropicali, viene fissato in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

Art. 5.16 – Malattie professionali (valida solo per Categoria A e B)

L'assicurazione viene estesa alle malattie professionali che si manifestino nel corso di validità del presente Contratto e che producano la Morte o riducano l'attitudine al lavoro.

La valutazione dell'Invalidità Permanente da malattia professionale sarà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati ai termini del presente Capitolato di polizza per il caso di Invalidità Permanente.

Art. 5.17 – Grave Invalidità Permanente

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile in base al presente Capitolato o di malattia professionale, per quest'ultima limitatamente alle categorie per cui è prevista, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta al 50%, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente viene liquidata al 100%.

Art. 5.18 – Sport pericolosi

Si conviene che l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, escluso comunque il paracadutismo, sports aerei in genere.

Art. 5.19 – Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, l'Assicuratore, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila/00), rimborserà le spese

sostenute per il trasporto della salma dal luogo del decesso al luogo di sepoltura in Italia.

Art. 5.20 – Rientro sanitario aereo

In caso di infortunio e/o malattia improvvisa all'Estero e qualora l'Assicurato necessiti, a giudizio dei medici curanti presso la struttura ospedaliera in cui si trova ricoverato, di un trasferimento in una struttura ospedaliera in Italia, più idonea e specializzata alle cure del caso, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato le spese per il trasporto aereo sanitario:

A) in un ospedale attrezzato in Italia per il prosieguo delle cure e/o ulteriori indagini diagnostiche;
B) presso la sua residenza.

Tale mezzo potrà essere:

- aereo sanitario (previsto solo per i Paesi Europei e per i Paesi del Bacino Mediterraneo);
- aereo di linea classe economica, se necessario con posto barellato.

Le spese per il trasporto, la sua organizzazione e l'eventuale costo del personale sanitario necessario durante il rientro, sarà a carico dell'Assicuratore fino ad Euro 50.000,00 (cinquantamila/00).

La prestazione non verrà fornita in quei casi in cui si contravvenga a norme sanitarie nazionali o internazionali.

L'Assicuratore

Equitalia Giustizia S.p.A.

La Cassa di Assistenza

Dichiarazione

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, Equitalia Giustizia S.p.A. e l'Assicuratore dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
Art. 1.4 - Aggravamento del rischio
Art. 1.8 - Durata del Contratto;
Art. 1.10 - Rinvio alle norme di legge e Foro competente
Art. 1.11 - Assicurazione presso diversi assicuratori
Art. 1.12 - Clausola Broker
Art. 2.5 - Penali
Art. 5.1 - Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore

Equitalia Giustizia S.p.A.

La Cassa di Assistenza

ALLEGATO "A"

CATEGORIE ASSICURATE:

A) Amministratore Delegato, Direttore Generale
B) Dirigenti
C) Quadri Direttivi
D) Altri Dipendenti, compresi i lavoratori parasubordinati e interinali

SEZIONE 1) - INFORTUNI

	SOMME ASSICURATE		
Categoria	**Morte**	**Invalidità Permanente**	**Inabilità Temporanea** *Somma giornaliera garantita*
A) Amministratore Delegato, Direttore Generale	6 volte R.A.L.	7 volte R.A.L.	Euro 300,00
B) Dirigenti	6 volte R.A.L.	7 volte R.A.L.	garanzia non operante
C) Quadri Direttivi	6 volte R.A.L.	7 volte R.A.L.	garanzia non operante
D) Altri Dipendenti, compresi i lavoratori parasubordinati e interinali	5 volte R.A.L.	6 volte R.A.L.	garanzia non operante

	LIMITI DI MASSIMO INDENNIZZO	
Categoria	**Morte**	**Invalidità Permanente**
A) Amministratore Delegato, Direttore Generale	Euro 3.000.000,00	Euro 3.300.000,00
B) Dirigenti	Euro 2.100.000,00	Euro 2.450.000,00
C) Quadri Direttivi	Euro 2.100.000,00	Euro 2.450.000,00
D) Altri Dipendenti, compresi i lavoratori parasubordinati e interinali	Euro 500.000,00	Euro 600.000,00

	RETRIBUZIONI ANNUE LORDE PREVENTIVATE
Categoria	**Retribuzioni complessive annue lorde preventivate**
A) – B) – C)	Euro 1.389.125,00
D)	Euro 7.869.875,00

SEZIONE 2) INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

CAPITALE GARANTITO PROCAPITE Categoria A e B	
Capitale garantito pro-capite	**Numero preventivo assicurati**
Euro 200.000,00 (salvo offerta migliorativa)	n. 7