COPERTURA ASSICURATIVA
RISCHIO MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE
DA INFORTUNIO PROFESSIONALE
ED EXTRAPROFESSIONALE
RISCHIO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

EQUITALIA GIUSTIZIA S.p.A.

Sommario

SEZIONE I DEFINIZIONI 6
SEZIONE II CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 8
Art. 1 - Durata Del Contratto 8
Art. 2 - Cessazione anticipata del contratto 8
Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia 8
Art. 4 - Tracciabilità dei flussi finanziari 9
Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Variazione Del Rischio 9
Art. 6 - Variazione del rischio 10
Art. 7 - Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali 10
Art. 8 - Clausola di Recesso 10
Art. 9 - Recesso in caso di sinistro (salvo offerta migliorativa) 10
Art. 10 - Prova del contratto di assicurazione 11
Art. 11 - Assicurazioni Presso Diversi Assicuratori 11
Art. 12 - Clausola Broker 11
Art. 13 - Oneri fiscali 12
Art. 14 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società 12
Art. 15 - Foro competente 12
Art. 16 - Interpretazione del contratto 12
Art. 17 - Rinvio alle norme di legge 12
Art. 18 -Trattamento dei Dati 12
Art. 19 - Coassicurazione e delega 13
Art. 20 - Obbligo di Fornire I Dati Dell'andamento Del Rischio 13
Art. 21 - Legittimazione 13
Art. 22 - Misure Restrittive-Sanctions Limitations Exclusion Clause / Clausola Ofac 13
Art. 23 – Clausola di restrizione dell'ambito di applicazione territoriale 14
Art. 24 – Esclusione del rischio Cyber e Dati 14
Art. 25 - Rinuncia al diritto di rivalsa e surroga 15
Art. 26 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza 15
Art. 27 - Penali 16
Art. 28 - Disciplina della Responsabilità 16
Art. 29 - Personale Distaccato o Comandato 16
SEZIONE III - CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE 17
Art. 30 - Regolazione e conguaglio del premio 17
Art. 31- Estensione Territoriale 17
Art. 32 - Efficacia temporale della garanzia 17
SEZIONE IV CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA 18
Art. 33 - Oggetto dell'assicurazione 18
Art. 34 - Rischi inclusi nell'assicurazione 19
Art. 35 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni 19
Art. 36 - Suddivisione Rischi Professionali ed Extraprofessionali 20

Art. 37 - Categorie e Somme Assicurate 20
Art. 38 - Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni 21
Art. 39 - Assicurabilità 22
Art. 40 - Morte 22
Art. 41 - Invalidità Permanente 22
Art. 42 - Inabilità Temporanea (Valida Solo Per La Categoria A - Amministratore Delegato, Direttore Generale) 22
Art. 43 - Cumulo di indennità 23
Art. 44 - Spese mediche da infortunio 23
Art. 45 - Franchigia 23
Art. 46 - Oggetto dell'assicurazione 24
Art. 47 - Categorie e Somme Assicurate 24
Art. 48 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni 24
Art. 49 - Assicurabilità 24
Art. 50 - Criteri di liquidazione 24
Art. 51 - Cumulo di indennità 26
SEZIONE V CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI 26
Art. 52 - Denuncia dei sinistri – Obblighi delle Parti relativi alla Sezione Infortuni 26
Art. 53 - Denuncia dei Sinistri – Obblighi delle Parti relativi alla Sezione Invalidità Permanente da Malattia 26
Art. 54 - Collegio Medico 27
Art. 55 - Liquidazione 27
SEZIONE V 28
CONDIZIONI PARTICOLARI 28
Art. 56 - Morte Presunta 28
Art. 57 - Esposizione agli elementi 28
Art. 58 - Ernie Traumatiche da sforzo 28
Art. 59 - Calamità Naturali 28
Art. 60 - Rischio Volo 28
Art. 61 - Rischio Guerra 29
Art. 62 - Contaminazione Biologica/Nucleare 29
Art. 63 - Esonero denuncia di infermità e difetti 29
Art. 64 - Danni Estetici 29
Art. 65 - Raddoppio del capitale in caso di commorienza 29
Art. 66- Raddoppio del capitale in caso di morte da circolazione stradale 29
Art. 67 - Rapina, tentata rapina, sequestro di persona 30
Art. 68 - Morsi di animali, punture di insetti 30
Art. 69 - Malattie Tropicali 30
Art. 70 - Malattie Professionali (valida solo per categoria A - Amministratore Delegato, Direttore Generale e per la categoria B – Dirigenti) 30
Art. 71 - Grave Invalidità Permanente 30
Art. 72 - Sport Pericolosi 31
Art. 73 - Rientro Sanitario 31

Art. 74 - Rimpatrio della salma 31
SEZIONE VI - CALCOLO DEL PREMIO 32
Art. 75 - Elementi per il calcolo del premio 32

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	**EQUITALIA GIUSTIZIA SPA**
SEDE LEGALE	**VIALE DI TOR MARANCIA 4 – 00147 ROMA**
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	**09982061005**
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Effetto: dalle ore 24 del 02/11/2026 Scadenza: alle ore 24 del 02/11/2029
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	
IMPOSTE	
PREMIO LORDO ANNUO	
FRAZIONAMENTO	ANNUALE
BROKER – INTERMEDIARIO	GBSAPRI S.p.A.
ALIQUOTA PROVVIGIONALE	7%
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	

Il presente contratto, emesso a seguito di procedura per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta dal Contraente a conclusione della quale è risultata aggiudicataria la Società **……** è regolato:

- dal frontespizio di polizza e dalla scheda di polizza riportanti i dati essenziali del contratto;
- dal capitolato speciale di appalto, che si riporta integramente in allegato;

SEZIONE I DEFINIZIONI

Annualità assicurativa o 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 cessazione della assicurazione.
Attività 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.
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Beneficiario	Il soggetto o i soggetti ai quali la Società deve liquidare l'indennizzo.
Broker – Intermediario	Il soggetto iscritto al RUI, specificatamente incaricato dal Contraente della assistenza e consulenza nella gestione amministrativa e tecnica del contratto di assicurazione: GBSAPRI S.p.A.
Contraente	La persona giuridica che stipula l'assicurazione, nel caso di specie Equitalia Giustizia SpA.
Capitolato di polizza	Il presente documento contenente le condizioni generali e speciali della polizza.
Franchigia	L'importo previsto dalle condizioni contrattuali che in caso di sinistro è detratto dall'importo del danno e che rimane a carico esclusivo del Contraente.
Indennizzo – Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Inabilità temporanea	L'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza morte e/o invalidità permanente e/o inabilità temporanea.

Invalidità 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.
Invalidità 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	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale	La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Parte o Parti	Equitalia Giustizia S.p.A. e l'Assicuratore, rispettivamente, disgiuntamente e congiuntamente intese.
Polizza	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta alla Società dal Contraente per la copertura assicurativa prestata dal presente contratto.
Retribuzioni	Tutto ciò che gli Assicurati 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 eventuali figure che vengano introdotte da riforme di legge successive all'attivazione del Contratto.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne.
Rischio extra professionale	L'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.
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.
Scoperto	La parte percentuale di danno che il Contraente tiene a suo carico
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Società – Compagnia Assicuratore	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici o, se trattasi di Sindacati Lloyd's, uno o più sottoscrittori.

SEZIONE II CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Durata Del Contratto

Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 2.11.2026 e fino alle ore 24.00 del 2.11.2026 con frazionamento annuale; non è previsto il tacito rinnovo alla scadenza finale.
Il Contraente si riserva inoltre la facoltà di richiedere alla Società di proseguire il rapporto assicurativo anche attraverso più periodi dopo la scadenza finale, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura per una nuova assegnazione. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato in pro-rata temporis rispetto al premio annuale in corso
Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente anche nel caso in cui venga inviata il recesso annuale di cui all'Art.2- Cessazione Anticipata del contratto. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Art. 2 - Cessazione anticipata del contratto

È data facoltà alle parti di recedere dalla polizza al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante comunicazione da inviare alla controparte con almeno 90 giorni (salvo offerta migliorativa) di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga del recesso anticipato, è facoltà del Contraente di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino a un massimo di sei mesi. In tal caso la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro-rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice civile, le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 192/2012 convengono espressamente che:

- il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data di consegna della polizza. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.
- se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.
- i termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi. Conseguentemente la Società rinuncia alle azioni di cui al citato D.Lgs. 192/2012 per i suindicati periodi di comporto.

Qualora ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 così come integrato dall'art. 1 della Legge 26 aprile 2012 n. 44 (c.d. "Decreto Fiscale 2012") e s.m.e.i. il riscossore riscontrasse un inadempimento a carico della Società ed il Contraente fosse impossibilitato a provvedere al pagamento parziale o totale della polizza sino alla definizione del provvedimento, le garanzie resteranno comunque operanti ed i termini di cui sopra per il pagamento del premio decorreranno dalla data in cui la Società di Riscossione comunicherà al Contraente la revoca del provvedimento. Il pagamento del premio resta, inoltre, subordinato alla verifica della regolarità contributiva (DURC).

Art. 4 - Tracciabilità dei flussi finanziari

Le parti:

- La Società ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia alla stazione appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 Legge della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. La Società si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.
- Il broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla Contraente ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.a. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne dà immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante o l'amministrazione concedente.

Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice civile.

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt.7 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 8 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art 7 (*Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali*) dalla ricezione della citata dichiarazione.

A parziale deroga dell'art. 1898 del c.c., comma 2 e seguenti, nel caso di aggravamento di rischio, il Contraente ha l'obbligo di comunicare le variazioni secondo quanto stabilito all'art. 6 "Variazione del rischio*"* e la Società si impegnerà, prima di esercitare un eventuale recesso nei termini di cui al successivo art. 8 "Clausola di recesso", ad attivare la procedura preventiva per la revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali, secondo quanto stabilito dal presente capitolato.

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

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo o colpa grave.

Art. 6 - Variazione del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto. Non comportano variazioni di rischio i mutamenti meramente episodici e transitori. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società.
Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 7 - Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora la Società intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, la Società può segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 6 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi del D.lgs. 36/2023, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali previsti in polizza.
2. Il Contraente, mediamente entro 30 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.
3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 8 - Clausola di Recesso

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 7 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 7 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta della Società.
3. Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 60 (sessanta) giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio calcolato in pro-rata temporis nei modi e nei termini di cui all'art. 3 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia".

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art (Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 9 - Recesso in caso di sinistro (salvo offerta migliorativa)

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 180 giorni mediante lettera raccomandata o PEC. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora la Società si avvalesse di tale facoltà, la stessa dovrà produrre, pena l'invalidità del recesso stesso, anche il dettaglio dei sinistri con le modalità stabilite al successivo Art. 5 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio.
Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

Art. 10 - 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. 11 - Assicurazioni Presso Diversi Assicuratori

Fermi restando i massimali e limiti di polizza, qualora il rischio oggetto della presente assicurazione risulti garantito in tutto od in parte anche da altre assicurazioni, essa sarà operante solo ad esaurimento dei massimali previsti delle altre assicurazioni ovvero per la parte di rischio non coperta dalle medesime.
Tale disposizione non si applica qualora un'altra assicurazione sia stata stipulata per iscritto esclusivamente quale assicurazione specificatamente in eccesso alla presente polizza.
Il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva dell'esistenza di altre assicurazioni per i medesimi rischi, fermo l'obbligo di darne comunicazione alla Società in caso di sinistro

Art. 12 - Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.
In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il Contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la Contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse alla Società secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla Società distinta contabile riepilogativa

della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.

- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dal Contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.6 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia"; • che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti. Le provvigioni sono stabilite nella misura del 7% (sette per cento). La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione.
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.

Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP (ora IVASS) con provvedimento n° 5 del 16/10/2006

Art. 13 - Oneri fiscali

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

Art. 14 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Eccezion fatta per il recesso a seguito di sinistro o la cessazione anticipata del contratto, che dovranno essere trasmesse direttamente alla parte interessata e per copia conoscenza al broker, tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte tramite posta ordinaria, lettera raccomandata, PEC e/o fax e/o telegramma e/o e-mail indirizzati al Broker e/o alla Compagnia.
Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 15 - Foro competente

Il foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente e/o Assicurato.

Art. 16 - Interpretazione del contratto

In caso di interpretazione dubbia delle clausole del presente contratto di assicurazione, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole al Contraente e all'assicurato.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 -Trattamento dei Dati

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003), ciascuna delle parti (Contraente, Società assicuratrice, Broker) effettuerà il trattamento dei dati

personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.
I dati personali degli assicurati necessari per le attività legate al servizio di gestione dei sinistri saranno trattati dalla Società assicuratrice in qualità di Titolare autonomo e dal Broker in qualità di Responsabile del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 in relazione alla gestione delle anagrafiche degli assicurati e come Titolare autonomo per la gestione dei sinistri.

Art. 19 - Coassicurazione e delega

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia in Coassicurazione o in raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le Società sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.
Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime. La Delegataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici per la gestione, esecuzione del contratto e l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza. Il broker provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

Art. 20 - Obbligo di Fornire I Dati Dell'andamento Del Rischio

La Società si obbliga a fornire al Contraente, entro 30 giorni solari dal termine di ciascun semestre, e, in ogni caso, entro 30 giorni dalla richiesta dell'Ente e/o del Broker, il dettaglio dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto ed aggiornato a ciascun semestre di riferimento, o sino a 15 giorni prima della data della richiesta del Contraente e/o del Broker. Tale elenco dovrà essere fornito in formato Excel, sia tramite file modificabili, sia tramite file non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il Contraente di Polizza;
- il numero del sinistro attribuito dalla Società;
- il numero di polizza;
- la data di accadimento dell'evento;
- il periodo di riferimento; - la data della denuncia;
- l'indicazione dello stato del sinistro

Art. 21 - Legittimazione

Si prende atto che la presente Polizza viene stipulata dal Contraente esclusivamente nell'interesse proprio e dei propri dipendenti.
La Pubblica Amministrazione assume pertanto la veste di Contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'Assicurazione, adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa e conseguentemente esercita tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto.

Art. 22 - Misure Restrittive-Sanctions Limitations Exclusion Clause / Clausola Ofac

Nessun Assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun Assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre

l'Assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 23 – Clausola di restrizione dell'ambito di applicazione territoriale

Indipendentemente da qualsiasi disposizione contraria contenuta nella presente polizza, o in qualsiasi appendice o estensione aggiunta alla presente polizza, non vi sarà alcuna copertura o altra prestazione garantita dalla polizza per qualsiasi:

• ente o persona giuridica organizzati, costituiti, registrati, stabiliti o aventi sede in un'Area Specifica; • persona fisica residente o situata in un'Area Specifica; • pretesa, azione, causa o procedimento promossi o perseguiti in un'Area Specifica;

• perdita, furto, danno, perdita d'uso, criptaggio, interruzione delle operazioni o della disponibilità, o distruzione di qualsiasi proprietà (materiale o immateriale) situata in un'Area Specifica, incluso, ma non limitato a, qualsiasi sistema informatico, dati, denaro o titoli situati in un'Area Specifica.

Ai fini della presente clausola, per "Area Specifica" si intende:

la Repubblica di Bielorussia e/o la Federazione Russa come riconosciuta dalle Nazioni Unite (o i suoi territori comprese le acque territoriali o i protettorati in cui ha il controllo legale; per controllo legale si intende quello riconosciuto dalle Nazioni Unite). Laddove vi fosse un conflitto tra i termini di questa clausola e la polizza, prevarrà il contenuto della presente clausola, salva in ogni caso l'applicazione di qualsiasi clausola Sanzioni (c.d. Sanctions Limitations Exclusion Clause e simili).

Se una qualsiasi disposizione di questa clausola è, o in qualsiasi momento diventa, in qualsiasi misura, non valida, illegale o inapplicabile ai sensi di qualsiasi provvedimento o norma di legge, tale disposizione sarà, in tale misura, considerata non far parte di questa clausola, ma la validità, legalità e applicabilità del resto di questa clausola non saranno influenzate.

Art. 24 – Esclusione del rischio Cyber e Dati

1. A deroga di qualsiasi disposizione contraria contenuta all'interno della presente Polizza, o in qualsiasi appendice della stessa, la presente Polizza esclude qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta danni, costo, costo della difesa, spesa, multa, penale, costo di mitigazione o qualsiasi altro importo derivante da:

1.1 un Incidente Cyber, a meno che non sia soggetto alle disposizioni del paragrafo 2;

1.2 1.2 un Atto Cyber, o

1.3 una violazione della Legge sulla Protezione dei Dati da parte dell'Assicurato, o delle parti che agiscono per conto dell'Assicurato, che implichi l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o Dati.

2. Fermi tutti i termini, le condizioni, le limitazioni e le esclusioni di questa Polizza, o di qualsiasi appendice di essa, il sottoparagrafo 1.1 non si applicherà a qualsiasi richiesta danni per responsabilità civile derivante da qualsiasi negligenza, errore o omissione, effettivo o affermato, che riguardi l'accesso a, l'elaborazione di, l'uso o funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o Dati.

DEFINIZIONI

3. Sistema informatico indica qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, smartphone, laptop, tablet, dispositivo indossabile), server, cloud o microcontrollore,

incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione di quanto sopra e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati, di proprietà o gestiti dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte.

4. Atto Cyber indica un atto non autorizzato, dannoso o criminale o una serie di atti non autorizzati, dannosi o criminali correlati, indipendentemente dal tempo e dal luogo, o dalla minaccia o dall'inganno che coinvolgono l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico.

5. Incidente Cyber indica:

   5.1 qualsiasi errore, omissione o serie di errori o omissioni correlati che implicano l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico; o

   5.2 qualsiasi indisponibilità parziale o totale o mancata o serie di indisponibilità parziali o totali o mancato accesso, elaborazione, utilizzo o funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico.

6. Dati significa informazioni, fatti, concetti, codici o qualsiasi altra informazione di qualsiasi tipo che viene registrata o trasmessa in una forma per essere utilizzata, accessibile, elaborata, trasmessa o archiviata da un Sistema Informatico.

7. Legge sulla protezione dei Dati indica l'insieme della legislazione applicabile sulla protezione dei dati e sulla privacy, i regolamenti in qualsiasi paese, provincia, stato, territorio o giurisdizione che regolano l'uso, la riservatezza, l'integrità, la sicurezza e la protezione dei dati personali e qualsiasi linea guida o codice di condotta emesso da qualsiasi autorità o autorità di regolamentazione della protezione dei dati di volta in volta (il tutto come modificato, aggiornato o riattivato di volta in volta).

Art. 25 - Rinuncia al diritto di rivalsa e surroga

La Società rinuncia – salvo in caso di dolo – al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso:

- persone delle quali l'assicurato deve rispondere a norma di legge;
- enti e aziende controllanti, controllate e collegate, nonché proprie fondazioni;
- Istituzioni, Unione dei Comuni di cui Contraente è parte;
- enti e associazioni non aventi scopo di lucro;
- ogni altro soggetto che l'assicurato abbia inteso salvaguardare in base ad accordi scritti;

  purché l'assicurato, a sua volta, non eserciti l'azione verso il responsabile.

Art. 26 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'assicurato. Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'assicurato e dalla Società.

In caso di sinistro, spetta in particolare all'assicurato compiere gli atti necessari all'accertamento e alla liquidazione dei danni. I terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che per il tramite del Contraente. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per i terzi interessati, restando esclusa ogni loro facoltà di impugnativa. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio

non potrà essere versata se non con l'intervento, ove pertinente, all'atto del pagamento, dei terzi interessati. È data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'assicurato o dei terzi interessati in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di terzi interessati che dell'assicurato, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto. A tale scopo i periti e gli incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante un atto di liquidazione. La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

Art. 27 - 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	10	Entro 30 (trenta) giorni dalla data di effetto di ciascun documento	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore del premio annuale al netto della regolazione
Fornitura dei dati dell'andamento del rischio	20	Entro 30 (trenta) giorni del termine di ciascun semestre ovvero entro 30 (trenta) giorni dalla richiesta	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore del premio annuale al netto della regolazione
Apertura del Sinistro	52	Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della denuncia di sinistro.	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore del premio annuale al netto della regolazione
Liquidazione del sinistro	55	Entro 30 (trenta) giorni dall'accettazione della proposta di liquidazione o dalla data del verbale del Collegio Medico	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore del premio annuale al netto della regolazione

Art. 28 - 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. 29 - 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.

SEZIONE III - CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE

Art. 30 - Regolazione e conguaglio del premio

Il premio per ogni Periodo Assicurativo viene anticipato, in base a quanto indicato all'articolo *Elementi per il calcolo del premio,* e sarà regolato alla fine del medesimo Periodo Assicurativo.
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.
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 articolo *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. 31- Estensione Territoriale

La presente assicurazione vale per tutto il mondo.

Art. 32 - Efficacia temporale della garanzia

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

SEZIONE IV
CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E INVALIDITÀ 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 INFORTUNI

Art. 33 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata, entro i limiti e alle condizioni indicati in polizza, per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali (rischi professionali), ivi compreso il rischio in itinere, ed extra-professionali.

Per "itinere" si intende, a titolo esemplificativo ma non limitativo, il tragitto:

1. dalla dimora abituale al lavoro e viceversa (sia prima e dopo l'orario di lavoro, che durante la pausa pranzo);
2. dal luogo ai luoghi di ristoro per consumare il pranzo e per il pernottamento (diversa dalla dimora abituale), e viceversa;
3. dalla dimora abituale e/o dal luogo di lavoro ad altro se il lavoratore presta servizio presso società o entità esterne (sedi della società diverse dalla propria sede di lavoro, clienti, fornitori, azionisti, sedi di meeting, convention, sedi corsi di formazione, etc) ;
4. dal luogo di lavoro ad altro luogo durante il servizio prestato fuori dal normale orario di lavoro, purché il Contraente dichiari per iscritto che l'Assicurato svolgeva le sue mansioni su incarico del Contraente stesso

L'Assicuratore prende atto che la Contraente ha attivato 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. 34 - 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. 35 - 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 dal successivo articolo 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. 36 - Suddivisione Rischi Professionali ed Extraprofessionali

La copertura assicurativa è prestata in forma completa ovvero per rischi professionali e rischi extra professionali. Pertanto, si prende atto che:

- il 60% del tasso indicato in polizza viene imputato al rischio professionale
- il 40% del tasso indicato in polizza viene imputato al rischio extra-professionale.

Art. 37 - Categorie e Somme Assicurate

La presente polizza è stipulata per tutte le categorie di seguito riportate, per le quali la Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli assicurati, in Italia o all'estero e che siano professionali o in itinere o extra professionali, come nel dettaglio precisato per ogni singola categoria assicurata.

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

Per le categorie identificate non si darà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.
La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate, per il computo del premio, si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

	SOMME ASSICURATE		
CATEGORIA	**MORTE**	**INVALIDITA' PERMANENTE**	**INABILITA' TEMPORANEA** (somma giornaliera garantita)
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale	6 volte la RAL	7 volte la RAL	€ 300,00
B. Dirigenti	6 volte la RAL	7 volte la RAL	Garanzia non operante
C. Quadri Direttivi	6 volte la RAL	7 volte la RAL	Garanzia non operante
D. Altri Dipendenti, compresi lavoratori parasubordinati e interinali	5 volte la RAL	6 volte la RAL	Garanzia non operante

	LIMITI DI MASSIMO INDENNIZZO	
CATEGORIA	**MORTE**	**INVALIDITA' PERMANENTE**
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale	€ 3.000.000,00	€ 3.300.000,00
B. Dirigenti	€ 2.100.000,00	€ 2.450.000,00
C. Quadri Direttivi	€ 2.100.000,00	€ 2.450.000,00
D. Altri Dipendenti, compresi lavoratori parasubordinati e interinali	€ 500.000,00	€ 600.000,00

	RETRIBUZIONI ANNUE LORDE PREVENTIVATE
CATEGORIA	**Retribuzioni complessive annue lorde preventivate**
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale	€ 2.547.000,00
B. Dirigenti	
C. Quadri Direttivi	
D. Altri Dipendenti, compresi lavoratori parasubordinati e interinali	€ 11.688.000,00

Art. 38 - 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. 39 - 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. 40 - 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. 41 - 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. 42 - Inabilità Temporanea (Valida Solo Per La Categoria A - Amministratore Delegato, Direttore Generale)

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. 52 - Denuncia dei sinistri - Obblighi delle Parti relativi alla sezione Infortuni 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. 43 - 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. 44 - 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 € 20.000 (ventimila/00) (salvo offerta migliorativa). 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. 45 - Franchigia

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

CATEGORIA	FRANCHIGIA
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale	RISCHI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI: l'indennizzo verrà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia.
B. Dirigenti	
C. Quadri Direttivi	
D. Altri Dipendenti, compresi lavoratori parasubordinati e interinali	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 INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

(Garanzia valida esclusivamente per la categoria A - Amministratore Delegato, Direttore Generale e per la categoria B – Dirigenti)

Art. 46 - 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. 47 - Categorie e Somme Assicurate

La presente polizza è stipulata per tutte le categorie riportate nella tabella seguente, per le quali la Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa.

CATEGORIA	CAPITALE GARANTITO PROCAPITE	NUMERO PREVENTIVO ASSICURATI
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale	€300.000	8
B. Dirigenti		

Art. 48 - 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. 49 - 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 75 anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del sessantacinquesimo anno di età.

Art. 50 - Criteri di liquidazione

In caso di accertata Invalidità Permanente da Malattia si conviene che non si darà 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'articolo Co*llegio Medico*.

Art. 51 - Cumulo di indennità

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

SEZIONE V
CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 52 - Denuncia dei sinistri – Obblighi delle Parti relativi alla Sezione Infortuni

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. 53 - Denuncia dei Sinistri – Obblighi delle Parti relativi alla Sezione Invalidità Permanente da Malattia

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 lavorativi (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. 54 - 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. 55 - 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 20 (venti) giorni, 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 20 (venti) giorni, dalla data del verbale del Collegio Medico, sempre che non sia stata fatta opposizione.

SEZIONE V
CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 56 - 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 Art. 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. 57 - Esposizione agli elementi

L'Assicuratore, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalla Sezione IV - 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. 58 - Ernie Traumatiche da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'art.34 - 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. 54

Art. 59 - Calamità Naturali

La garanzia comprende gli infortuni che gli assicurati subiscano in conseguenza di movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche. Nel caso di sinistro che colpisca più assicurati in occasione di un medesimo evento, l'onere a carico della Società non potrà superare l'importo di €20.000.000 (ventimilioni/00).

Art. 60 - Rischio Volo

La garanzia comprende anche gli infortuni che l'assicurato subisca 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 dal trasporto pubblico di passeggeri
- da Aeroclub.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa quando ne è disceso. In caso di sinistro l'Assicuratore non potrà essere chiamato a risarcire un indennizzo complessivo superiore all'importo di € 20.000.000 (ventimilioni/00) qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile.

Art. 61 - Rischio Guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1912 del Codice Civile, la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti dallo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, ordigni di guerra per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità o insurrezioni, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Art. 62 - Contaminazione Biologica/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 €3.000.000 (tremilioni/00).

Art. 63 - Esonero denuncia di infermità e difetti

Fermo restando quanto disposto dalla Sezione III - 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. 64 - 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 €40.000 (quarantamila/00) per evento (salvo offerta migliorativa)

Art. 65 - Raddoppio del 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 €250.000 (duecentocinquantamila/00) (salvo offerta migliorativa).

Art. 66- Raddoppio del capitale 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 €250.000 (duecentocinquantamila/00) (salvo offerta migliorativa), e non è cumulabile con l'estensione di cui al precedente Art. 65 - Raddoppio capitale in caso di commorienza.

Art. 67 - 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 €250.000 (duecentocinquantamila/00).

Art. 68 - 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. 69 - 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. 70 - Malattie Professionali (valida solo per categoria A - Amministratore Delegato, Direttore Generale e per la categoria B – Dirigenti)

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. 71 - 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. 72 - 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. 73 - Rientro Sanitario

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 €50.000 (cinquantamila/00).
La prestazione non verrà fornita in quei casi in cui si contravvenga a norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 74 - Rimpatrio della salma

Qualora il decesso dell'assicurato a seguito di infortunio avvenga durante la sua permanenza all'estero, la Società rimborserà le spese necessarie per il trasporto della salma dal luogo del decesso al luogo di sepoltura in Italia, fino alla concorrenza di €5.000 (cinquemila/00)

SEZIONE VI - CALCOLO DEL PREMIO

Art. 75 - 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.
Il premio per ogni annualità assicurativa è determinato come segue:

SEZIONE INFORTUNI	PARAMETRO	PREMI (come risultanti dall'offerta economica presentata dall'Assicuratore)	
		Tasso lordo annuo %	Premio lordo annuo
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale B. Dirigenti C. Quadri Direttivi	2.547.000,00	_____	€ _____
D. Altri Dipendenti, compresi lavoratori parasubordinati e interinali	11.688.000,00	_____	€ _____

SEZIONE PERMANENTE INVALIDITA'	PARAMETRO	PREMI (come risultanti dall'offerta economica presentata dall'Assicuratore)	
CATEGORIA	NUMERO PREVENTIVO ASSICURATI	PREMIO PRO-CAPITE	PREMIO TOTALE
A. Amministratore Delegato, Direttore Generale B. Dirigenti	8	€ _____	€ _____

Scomposizione del premio

Premio imponibile annuo	Imposte	Premio lordo annuo

Disposizione Finale
Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.
La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione**.**