LOTTO 4 – POLIZZA VITA DIRIGENTI, POLIZZA INFORTUNIDIRIGENTI E POLIZZA INFORTUNI AMMINISTRATORI E DIPENDENTI

CODICE CIG: 80633864A0

CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO

INDICE

SEZIONE I - CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE 6
Art. 1 - Norme che regolano il contratto e criteri interpretativi ... 6
Art. 2 - Documenti che fanno parte del contratto ... 7
Art. 3 – Durata della polizza, pagamento del premio e decorrenza della garanzia ... 7
Art. 4– Obblighi a fornire i dati sull'andamento dei rischi ... 7
Art. 5– Obblighi a carico dell'Assicurato ... 8
Art. 6– Coassicurazione e delega - Raggruppamento d'impresa ... 8
Art. 7 - Sospensione dell'esecuzione del contratto ... 9
Art. 8 - Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto ... 9
Art. 9 - Revisione dei prezzi e di altre clausole ... 9
Art. 10–Clausola di recesso e proroga tecnica ... 10
Art. 11 – Recesso a seguito di sinistro ... 10
Art. 12 - Ripartizione del danno ... 10
Art. 13 - Direttore dell'esecuzione del contratto ... 10
Art. 14–Controllisull'esecuzione del contratto ... 11
Art. 15 - Fallimento ed altre vicende soggettive dell'appaltatore ... 11
Art. 16– Divieto di cessione del contratto e cessione dei crediti derivanti dal contratto ... 11
Art. 17 – Subappalto ... 11
Art. 18 – Elezione di domicilio dell'appaltatore ... 11
Art. 19 – Garanzia definitiva ... 12
Art. 20 – Trattamento dei dati personali ... 12
Art. 21 - Risoluzione del contratto per inadempimento ... 12
Art. 22 - Clausole di risoluzione espressa ... 13
Art. 23 - Comunicazioni ... 13
Art. 24 - Definizione delle controversie ... 13
Art. 25 - Tracciabilità dei flussi finanziari ... 14
Art. 26 - Modello di Organizzazione, Gestione, Controllo ex D.Lgs. 231/2001 integrato ex. L. 190/2012, Codice Etico e Codice di Comportamento ... 14
Art. 27 - Clausola di legalità ... 15
Art. 28 - Norme di chiusura ... 15
SEZIONE II - CONDIZIONI PARTICOLARI POLIZZA VITA DIRIGENTI ... 16
Art. 1 – Definizioni ... 16
Art. 2 – Oggetto e finalità dell'appalto ed elenco assicurati ... 17
Art. 3 – Esclusioni della copertura per il caso di morte e invalidità totale e permanente ... 17
Art. 4 – Assunzione dei rischi ... 18
Art. 5 – Denuncia e accertamento dell'invalidità ... 19
Art. 6 - Variazione degli assicurati in corso di contratto ... 20
SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI POLIZZA INFORTUNI DIPENDENTI DURANTE MISSIONI E TRASFERTE ... 21
Parte I - Norme generali ... 21
Art. 1 – Definizioni ... 21
Art. 2 – Premessa ... 23
Art. 3 – Oggetto dell'assicurazione ... 23
Art. 4 – Operatività delle coperture ... 23
Art. 5 – Estensione ai viaggi di piacere ... 23
Art. 6 – Assicurazione presso diversi assicuratori ... 23
Art. 7 – Regolazione del premio ... 24
Art. 8 – Obblighi in caso di sinistro ... 24

Parte II - Sommario delle coperture 25
Parte III - Assistenza modalità operative 26
Art. 1- Premessa 26
Art. 2 - Modalità di richiesta intervento della Centrale Operativa di Assistenza 27
Art. 3- Circostanze eccezionali 28
Parte IV - Spese mediche 28
Art. 1- Spese mediche 28
Art. 2 - Indennità di ricovero 29
Art. 3- Spese mediche successive al rientro 29
Art. 4- Sistemazione della casa successiva al rientro 29
Art. 5- Spese di viaggio d'emergenza 30
Art. 6- Invio farmaci essenziali 30
Art. 7- Trasporto ad un centro ospedaliero 30
Art. 8- Costi di salvataggio e ricerca 30
Art. 9- Rimpatrio sanitario 31
Art. 10- Rimpatrio della salma e spese funebri 31
Art. 11- Esclusioni 31
Parte V - Tutela familiari diretti 32
Art. 1- Garanzie operanti per i familiari diretti durante i viaggi di piacere 32
Art. 2 - Trasmissione di messaggi urgenti 32
Art. 3- Biglietti per i familiari 32
Art. 4- Rientro dei Familiari Diretti 32
Art. 5- Assistenza ai Minori 32
Art. 6- Servizio Baby-Sitter 33
Art. 7- Monitoraggio del ricovero ospedaliero 33
Parte VI - Tutela del viaggio di lavoro 33
Art. 1- Annullamento del Viaggio di lavoro 33
Art. 2 - Modifica del Viaggio di lavoro 34
Art. 3- Sostituzione 34
Art. 4- Ritardo del viaggio di lavoro 34
Art. 5- Cosa fare in caso di Ritardo del Viaggio di Lavoro 35
Art. 6- Esclusioni Annullamento e Modifica del Viaggio di Lavoro 35
Parte VII - Tutela dei beni personali ed aziendali 35
Art. 1- Perdita, Furto e Danneggiamento 35
Art. 2 - Beni Personali 35
Art. 3- Beni Aziendali 36
Art. 4- Esclusioni Perdita, Furto e Danneggiamento 36
Art. 5- Cosa fare in caso di Perdita, Furto e Danneggiamento 36
Art. 6- Documenti di Viaggio 37
Art. 7- Perdita di Denaro 37
Art. 8- Ritardo Bagaglio 37
Art. 9- Esclusioni Ritardo Bagaglio 38
Art. 10- Cosa fare in caso di Ritardo 38
Parte VIII - Responsabilità civile verso terzi 38
Art. 1- Oggetto dell'Assicurazione 38
Art. 2 - Esclusioni 39
Art. 3- Cosa fare in caso di sinistro 39
Parte IX - Spese legali 40
Art. 1- Assistenza legale e anticipo cauzione penale all'estero 40
Parte X - Infortuni 40

Art. 1- Oggetto dell'Assicurazione 40
Art. 2 - Attività temerarie 41
Art. 3- Rischi sportivi 41
Art. 4- Guida di mezzi speciali 42
Art. 5- Rischio volo 42
Art. 6- Limite d'indennizzo 42
Art. 7- Indennizzo di morte 43
Art. 8- Indennizzo per invalidità permanente 43
Art. 9- Rinuncia al diritto di rivalsa 43
Art. 10- Rimborso spese mediche da infortunio 44
Art. 11- Franchigia 44
Art. 12 - Lifesaver 44
Art. 13- Commorienza 44
Art. 14- Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi 45
Art. 15- Criteri di indennizzabilità 45
Art. 16- Cumulo di indennizzi caso morte ed invalidità permanente 45
Parte XI - Rischio guerra 45
Art. 1- Definizione rischio guerra 45
Art. 2 - Operatività 45
Parte XII - Estensioni speciali 46
Art. 1- Anticipo Spese di prima necessità 46
Art. 2 - Interprete a disposizione all'estero 46
Art. 3- Spese telefoniche 46
Art. 4- Segnalazione di un medico all'estero 46
Parte XIII - Crisis Guard 46
Art. 1- Cancellazione e Interruzione del Viaggio di Lavoro 46
Art. 2 - Contenimento della Situazione di Crisi & Evacuazione 47
Art. 3- Limite di età 47
SEZIONE IV - CONDIZIONI PARTICOLARI POLIZZA INFORTUNI DIRIGENTI E DIPENDENTI 48
Parte I - Rischi coperti e capitali assicurati 48
Parte II - Norme generali 49
Art. 1 – Definizioni 49
Art. 2 – Oggetto dell'assicurazione 50
Art. 3- Pagamento e regolazione del premio 51
Art. 4 – Rischi esclusi 51
Art. 5 – Rischio volo 51
Art. 6 – Rischio guerra 52
Art. 7 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 52
Art. 8 – Altre assicurazioni 52
Art. 9 – Limite di età 52
Art. 10 – Estensioni territoriali 53
Art. 11 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi 53
Art. 12 – Criteri di indennizzabilità 53
Art. 13 – Morte 53
Art. 14 – Invalidità permanente 53
Art. 15 – Morte presunta 59
Art. 16 – Inabilità temporanea 60
Art. 17 – Diaria da ricovero a seguito di infortunio 60
Art. 18 – Liquidazione dell'indennità 60

Art. 19 – Modalità di valutazione del danno - controversie **61**
Art. 20 – Assicurazione per conto altrui **61**
Art. 21 – Diritto di surrogazione **61**
Art. 22 – Danni estetici **61**
Art. 23 – Rientro sanitario (valido in Italia ed all'estero) **62**
Art. 24 – Rientro della salma (valido in Italia ed all'estero) **62**
Art. 25 – Rimborso spese mediche da infortunio **62**
Art. 26 – Spese di sepoltura **62**
Art. 27 – Copertura coma **62**
Art. 28 – Identificazione delle persone assicurate **62**
Art. 29 – Esonero denuncia infermità e difetti fisici **63**
Art. 30 – Responsabilità del Contraente **63**
Art. 31 – Anticipazione indennizzo **63**
Art. 32 – Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **63**
Art. 33 – Invalidità permanente superiore al 50% **63**
Art. 34 – Assicurazione dei dirigenti **63**
Art. 35 – Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni **64**
Art. 36- Pagamento e regolazione del premio **65**

SEZIONE I - CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Norme che regolano il contratto e criteri interpretativi

1. Le norme di riferimento per il contratto sono, in via principale:
   a) La legge provinciale 9 marzo 2016, n. 2 "*Recepimento della direttiva 2014/23/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, e della direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sugli appalti pubblici: disciplina delle procedure di appalto e di concessione di lavori, servizi e forniture e modificazioni della legge provinciale sui lavori pubblici 1993 e della legge sui contratti e sui beni provinciali 1990. Modificazione della legge provinciale sull'energia 2012*";
   b) Il D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 *"Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture"*, per quanto applicabile;
   c) Il D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "*Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*" e le diverse normative sulla sicurezza specifiche in materia;
   d) La legge provinciale 19 luglio 1990, n. 23 "*Disciplina dell'attività contrattuale e dell'amministrazione dei beni della Provincia autonoma di Trento*" e il D.P.G.P. 22 maggio 1991, n. 10-40/Leg. "*Regolamento di attuazione della legge provinciale 19 luglio 1990, n. 23*", per quanto applicabili;
   e) La legge 13 agosto 2010, n. 136 *"Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"*;
   f) Il D.Lgs.6 settembre 2011, n. 159, *"Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136"*;
   g) La legge 6 novembre 2012, n. 190, *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";*
   h) Le norme del codice civile.
2. Il contratto deve essere interpretato in base alle disposizioni di cui agli artt. 1362 -1371 del codice civile ed in caso di contrasto con il presente capitolato, si considerano prevalenti le disposizioni del contratto.
3. Nel caso in cui una o più previsioni del contratto dovessero risultare contrarie a norme inderogabili di legge o dovessero venire dichiarate nulle o annullate, ovvero dovessero risultare oggettivamente non attuabili, le rimanenti previsioni contrattuali rimarranno in vigore per conservare, per quanto possibile, lo scopo e lo spirito del contratto stesso.
   In tal caso le Parti sostituiranno alle previsioni del contratto risultate contrarie a norme di legge o, comunque, dichiarate nulle o annullate o divenute oggettivamente non più attuabili, altre previsioni - legalmente consentite - che permettano di dare allo stesso un contenuto il più vicino possibile a quello che le Parti avevano originariamente voluto ed assicurino un'esecuzione del presente contratto conforme al suo spirito ed agli scopi intesi dalle Parti.

4. L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del codice civile sul contratto di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art. 2 - Documenti che fanno parte del contratto

1. Sono considerati parte integrante e sostanziale del contratto d'appalto:
   a) Il presente capitolato speciale di appalto;
   b) L'offerta tecnica dell'appaltatore;
   c) L'offerta economica dell'appaltatore.
2. Il contratto è stipulato in modalità elettronica ai sensi dell'art. 32, comma 14, del D.Lgs. n. 50/2016.

Art. 3 – Durata della polizza, pagamento del premio e decorrenza della garanzia

1. La durata dell'appalto è di tre anni decorrenti dalle ore 24.00 del 30.06.2020 (salvo eventuali proroghe necessarie per il completamento della presente procedura) per le seguenti polizze:
   a) Vita collettiva dirigenti;
   b) Infortuni dipendenti durante missioni e trasferte;
   c) Infortuni, amministratori, dirigenti, quadri, impiegati e operai.

   La durata dell'appalto per la polizza vita collettiva dirigenti è di tre anni decorrenti dalle ore 24.00 del 31.12.2020.

2. Le parti hanno comunque la facoltà di recedere dalla polizza ad ogni scadenza annuale tramite comunicazione a mezzo PEC da inviarsi almeno 180 giorni prima della suddetta scadenza.
3. L'appaltatore, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare nel caso di cui sopra l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 12 mesi decorrenti dalla scadenza.
4. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche se il premio o la prima rata di premio possono essere pagati entro 120 giorni dalla decorrenza suddetta.
5. In deroga a quanto diversamente convenuto, si precisa che il termine di rispetto per il pagamento delle rate di premio successive alla prima viene elevato a 60 giorni. Se il Contraente non paga il premio, compreso il premio della prima rata dovuto al perfezionamento della polizza, o il premio delle rate successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.
6. I pagamenti saranno effettuati direttamente all'appaltatore da parte del Contraente, senza l'intervento di alcun intermediario (formula "franco provvigioni") nel rispetto di quanto previsto dalle disposizioni specifiche indicate in ciascun capitolato speciale parte tecnica.

Art. 4– Obblighi a fornire i dati sull'andamento dei rischi

1. Entro 3 (tre) mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso entro 6 (sei) mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi l'appaltatore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato

Excel tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:
- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento;
- la descrizione dettagliata dell'evento;
- la sede di trattazione (stragiudiziale, giudiziale civile, giudiziale penale, accertamento tecnico non ripetibile);
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
  . sinistro agli atti, senza seguito;
  . sinistro liquidato, data, totale somma liquidata;
  . sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato.

2. In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'appaltatore dovrà corrispondere al Contraente un importo pari al 0,3‰ (per mille) del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo.
3. L'appaltatore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere con l'Amministrazione, che la stessa ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.
4. Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

Art. 5– Obblighi a carico dell'Assicurato

1. L'Assicurato deve, come condizione essenziale per l'insorgere degli obblighi dell'Assicuratore in base alla presente polizza, trasmettere entro 30 giorni decorrenti dal momento in cui ne è venuto a conoscenza e durante il periodo di validità della polizza o durante il periodo di osservazione, una comunicazione scritta all'Assicuratore - mediante lettera raccomandata o a mezzo PEC - informandolo di qualsiasi richiesta di risarcimento avanzata per la prima volta nei suoi confronti.
2. In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza l'ufficio incaricato alla gestione delle polizze assicurative.
3. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Art. 6– Coassicurazione e delega - Raggruppamento d'impresa

1. Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia ripartito per quote tra le Società indicate in polizza, in deroga al disposto dell'articolo 1911 del Codice Civile, tutte le Società sottoscrittrici del riparto di assicurazione sono responsabili in solido nei confronti del Contraente. Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, debbono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società all'uopo designata quale coassicuratrice delegataria. Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla delegataria nel nome e per conto di tutte le coassicuratrici. Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta impegna ciascuna di esse dopo la firma dell'atto relativo anche da parte della sola delegataria.

2. Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad Associazione Temporanea di Impresa costituitisi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'articolo 1911 del Codice Civile, essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.
3. La delega assicurativa è assunta dalla compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.
4. Non è consentita l'associazione anche in partecipazione o di raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

Art. 7 - Sospensione dell'esecuzione del contratto

1. Per la disciplina della sospensione del contratto si applica l'art. 107 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50.

Art. 8 - Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

1. 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 e non prevedibili, al momento della stipula del contratto come, a titolo esemplificativo, eventuali mutamenti significativi interni all'organizzazione.
2. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro trenta giorni dell'intervenuta conoscenza, per iscritto all'assicuratore. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale dei diritti derivanti dalla presente polizza, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 del Codice Civile).
3. Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.
4. In caso di diminuzione del rischio l'assicuratore è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.
5. L'omissione, incompletezza o inesattezza delle dichiarazioni da parte del Contraente/Assicurato di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti del Contraente/Assicurato.
6. L'appaltatore rinuncia alle dichiarazioni inerenti ai sinistri avvenuti prima della decorrenza della presente assicurazione.

Art. 9 - Revisione dei prezzi e di altre clausole

1. Qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, l'appaltatore può segnalare allo stesso il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio, previsti dal precedente articolo 8, e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. n. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.
2. Il Contraente, 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. 10–Clausola di recesso e proroga tecnica

1. In caso di mancato accordo tra le parti ai sensi dell'articolo 9, l'appaltatore 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'articolo 9, presentata dall'appaltatore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.
3. È facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 6 (sei) mesi decorrente dalla scadenza o cessazione.
4. Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi all'Amministrazione nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui al presente articolo ed al precedente articolo 9 e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato articolo 9 dalla ricezione della citata dichiarazione.
5. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'articolo 5 riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 11 – Recesso a seguito di sinistro

1. La Società ed il Contraente potranno esercitare il diritto di recesso a seguito di sinistro con preavviso di almeno 180 (centottanta) giorni antecedenti al termine di ciascuna annualità assicurativa. 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.
2. La Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.
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'ultimo, l'assicuratore si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime o migliorative condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30(trenta) giorni. Il Contraente, contestualmente, provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Art. 12 - Ripartizione del danno

1. Nel caso in cui una qualsiasi richiesta di risarcimento coinvolga sia fattispecie coperte dalla polizza sia fattispecie non coperte (o qualora le somme richieste eccedano il massimale), le spese di difesa, i risarcimenti di danni ed i costi comunque connessi a pronunce di condanna e/o ad accordi di transizione saranno ripartiti in modo equo e corretto fra ciascun Assicurato e l'appaltatore, in proporzione ai rispettivi interessi.

Art. 13 - Direttore dell'esecuzione del contratto

1. Il Contraente, prima dell'inizio dell'esecuzione del servizio, provvede a nominare il direttore dell'esecuzione del contratto il cui nominativo viene comunicato tempestivamente all'appaltatore.

Art. 14–Controllisull'esecuzione del contratto

1. Il Contraente si riserva il diritto di verificare in ogni momento l'esecuzione delle prestazioni contrattuali; a tal fine, l'appaltatore, per quanto di sua competenza, si impegna a prestare piena collaborazione per rendere possibili dette attività di verifica.
2. Il Contraente evidenzia le eventuali "non conformità" riscontrate rispetto agli obblighi contrattuali in forma scritta e l'appaltatore sarà chiamato a rispondere al Contraente, nei tempi e nei modi da essa specificati, evidenziando le azioni correttive che intende porre in essere.
3. Il Contraente si riserva infine, ove le "non conformità" evidenziassero oggettivamente i presupposti di gravi inadempienze contrattuali, la facoltà di risolvere il contratto.

Art. 15 - Fallimento ed altre vicende soggettive dell'appaltatore

1. Con riferimento alle vicende soggettive dell'appaltatore, di cui all'art. 27, comma 2, lettera d), punto 2 della legge provinciale n. 2/2016, il Contraente prende atto della modificazione intervenuta con apposito provvedimento, verificati i requisiti richiesti dalla legge.

Art. 16– Divieto di cessione del contratto e cessione dei crediti derivanti dal contratto

1. È vietata la cessione del contratto sotto qualsiasi forma e ogni atto contrario è nullo di diritto, fatto salvo quanto previsto dall'art. 27, comma 2, lettera d), punto 2 della legge provinciale n. 2/2016 e dall'art. 106, c. 13 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50.
2. Qualora la cessione dei crediti rientri nelle fattispecie previste dal combinato disposto dell'art. 106, c. 13 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e della L. 21 febbraio 1991, n. 52 e pertanto il cessionario sia una banca o un intermediario finanziario disciplinato dalle leggi in materia bancaria e creditizia, il cui oggetto sociale preveda l'esercizio dell'attività di acquisto di crediti d'impresa, la medesima cessione è efficace e opponibile al Contraente qualora questa non la rifiuti con comunicazione da notificarsi al cedente e al cessionario entro 45 (quarantacinque) giorni dalla notifica della cessione stessa.
3. Si applica la disciplina generale sulla cessione del credito nei confronti della pubblica amministrazione e la medesima cessione diventa efficace e opponibile al Contraente solo dopo la sua formale accettazione con provvedimento espresso.
4. Il contratto di cessione dei crediti, di cui ai commi 2 e 4, deve essere stipulato, ai fini della sua opponibilità al Contraente, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata e deve essere notificato al Contraente. Il contratto di cessione deve recare in ogni caso la clausola secondo cui il Contraente ceduto può opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al contratto di appalto, pena l'automatica inopponibilità della cessione al Contraente.

Art. 17 – Subappalto

1. Ciascun offerente potrà dichiarare di voler subappaltare parte delle attività contrattuali, nei limiti e alle condizioni previste dall'art. 105 del Codice dei Contratti e dall'art. 26 della legge provinciale 2/2016. Il subappalto non comporta alcuna modificazione agli obblighi e agli oneri dell'aggiudicatario che rimane unico e solo responsabile nei confronti dell'Amministrazione Aggiudicatrice.

Art. 18 – Elezione di domicilio dell'appaltatore

1. L'appaltatore elegge il proprio domicilio presso la propria sede legale, come espressamente indicato nel contratto di appalto.

Art. 19 – Garanzia definitiva

1. Per la disciplina della garanzia definitiva si applica l'art. 103 del D.Lgs. n. 50/2016.
2. Qualora l'ammontare della garanzia dovesse ridursi per effetto dell'applicazione di penali o per qualsiasi altra causa, l'appaltatore deve provvedere al reintegro della stessa entro il termine di 10 (dieci) giorni di calendario dal ricevimento della relativa richiesta effettuata dal Contraente.
3. In caso di inadempimento alle obbligazioni previste nel comma precedente la reintegrazione si effettua a valere sui ratei di prezzo da corrispondere all'appaltatore.
4. Nel caso di integrazione del contratto, l'appaltatore deve modificare il valore della garanzia in misura proporzionale all'importo contrattualmente fissato nell'atto aggiuntivo, alle stesse condizioni di cui al presente articolo.
5. La garanzia definitiva dovrà essere emessa tramite la Scheda tecnica 1.2 o 1.2.1 allegata al D.M. n. 31 di data 19 gennaio 2018 del Ministero dello Sviluppo Economico accompagnata da un'apposita appendice riportante la seguente clausola: "Il Foro competente in caso di controversia fra il Garante e l'Amministrazione appaltante è quello di Rovereto.".
6. La stazione appaltante non accetta garanzie definitive non conformi allo Schema tipo sopracitato: condizioni ulteriori rispetto a quelle previste dallo Schema tipo 1.2 o 1.2.1 del D.M.n. 31/2018 non sono accettate dall'Amministrazione. Laddove queste condizioni ulteriori fossero destinate a disciplinare esclusivamente il rapporto tra garante e contraente (ad es. deposito cautelativo) devono recare una clausola espressa di non opponibilità alla stazione appaltante.

Art. 20 – Trattamento dei dati personali

1. Ai sensi di quanto previsto dal Regolamento Europeo (GDPR) 2016/679 l'appaltatore autorizza sin d'ora il Contraente al trattamento, anche informatico e telematico, ed alla comunicazione dei suoi dati personali, per l'assolvimento degli obblighi previdenziali, assistenziali, fiscali e contabili imposti dalla legge e dalla normativa comunitaria, connessi al presente contratto.
2. L'appaltatore è tenuto ad osservare le norme vigenti in materia di tutela dei dati personali relativi ai soggetti con cui entra in contatto nell'esecuzione del presente incarico. Inoltre, i dati raccolti o di cui entra in possesso non possono essere diffusi, pubblicati o comunicati a nessun altro soggetto al di fuori della Committente o altro soggetto da quest'ultima individuato.

Art. 21 - Risoluzione del contratto per inadempimento

1. Ai sensi dell'art. 1453 c.c., nel caso di accertato inadempimento rispetto alle obbligazioni oggetto del contratto di appalto, è facoltà del Contraente provvedere a mettere formalmente in mora tramite PEC l'appaltatore, fissando contestualmente un termine finale essenziale non inferiore ai 15 (quindici) giorni, entro il quale adempiere compiutamente all'obbligazione.
2. Scaduto inutilmente il termine di cui al comma 1, il Contraente procede a dichiarare la risoluzione del contratto, fatto salvo il diritto all'eventuale risarcimento del danno patito a causa dell'inadempimento stesso; in tal caso all'appaltatore può essere corrisposto il compenso pattuito in ragione della parte di prestazione regolarmente eseguita, nei limiti in cui la medesima appaia di utilità per il Contraente.

Art. 22 - Clausole di risoluzione espressa

1. Salva la risoluzione per inadempimento di cui all'art. 21, il Contraente si riserva la facoltà di risolvere il contratto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del c.c., a tutto rischio dell'appaltatore, con riserva di risarcimento danni nei seguenti casi:
   a. frode, a qualsiasi titolo, da parte dell'appaltatore nell'esecuzione delle prestazioni affidate;
   b. ingiustificata sospensione del servizio;
   c. subappalto non autorizzato;
   d. cessione in tutto o in parte del contratto a terzi, in violazione dell'art. 16 del presente capitolato;
   e. mancato rispetto ripetuto degli obblighi retributivi, previdenziali ed assistenziali stabiliti dai vigenti contratti collettivi;
   f. riscontro, durante le verifiche ispettive eseguite dal Contraente presso l'appaltatore, di non conformità che potenzialmente potrebbero arrecare grave nocumento alla qualità del servizio e/o rischi di danni economici e/o di immagine al Contraente stesso, in conformità all'art. 14, comma 3, del presente capitolato;
   g. il venire meno dei requisiti tecnici posti alla base dell'aggiudicazione dell'appalto;
   h. ripetuto ed ingiustificato mancato adeguamento alle direttive impartite dal Contraente;
   i. mancato rispetto ripetuto degli obblighi di legge in materia di ambiente e sicurezza sui luoghi di lavoro.
2. I casi elencati saranno contestati all'appaltatore per iscritto dal Contraente, previamente o contestualmente alla dichiarazione di volersi avvalere della clausola risolutiva espressa di cui al presente articolo.
3. Non potranno essere intese quale rinuncia ad avvalersi della clausola di cui al presente articolo eventuali mancate contestazioni e/o precedenti inadempimenti, per i quali il Contraente non abbia ritenuto avvalersi della clausola medesima e/o atti di mera tolleranza a fronte di pregressi inadempimenti dell'appaltatore di qualsivoglia natura.
4. Nel caso di risoluzione, il Contraente si riserva ogni diritto al risarcimento dei danni subiti e in particolare si riserva di esigere dall'appaltatore il rimborso di eventuali spese incontrate in più rispetto a quelle che avrebbe sostenuto in presenza di un regolare adempimento del contratto; in tal caso all'appaltatore può essere corrisposto il compenso pattuito in ragione della parte di prestazione regolarmente eseguita, nei limiti in cui la medesima appaia di utilità per il Contraente.
5. Per la disciplina della risoluzione del contratto si applica l'art. 108 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50.

Art. 23 - Comunicazioni

1. Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo certo (posta elettronica certificata o simili) indirizzata all'appaltatore.

Art. 24 - Definizione delle controversie

1. Per le eventuali controversie che dovessero insorgere tra il Contraente e l'appaltatore, che non si siano potute definire in via amministrativa, sia durante l'esecuzione del contratto che al termine del contratto stesso, è competente in via esclusiva il Foro di Rovereto.

Art. 25 - Tracciabilità dei flussi finanziari

1. L'appaltatore, a pena di nullità del contratto, assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 136/2010 e s.m..
2. L'appaltatore deve inserire nei contratti stipulati con privati subappaltatori o fornitori di beni e servizi le seguenti clausole, ai sensi della legge 136/2010 e s.m.:
   "Art. (...) (Obblighi del subappaltatore/subcontraente relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari).
   I. L'impresa (...), in qualità di subappaltatore/subcontraente dell'impresa (...) nell'ambito del contratto sottoscritto con Trentino Sviluppo S.p.A.(...), identificato con il CIG n. (...), assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.
   II. L'impresa (...), in qualità di subappaltatore/subcontraente dell'impresa (...), si impegna a dare immediata comunicazione a Trentino Sviluppo S.p.A. (...) della notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.
   III. L'impresa (...), in qualità di subappaltatore/subcontraente dell'impresa (...), si impegna ad inviare copia del presente contratto a Trentino Sviluppo S.p.A. (...).".
3. L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed al Commissariato del Governo per la provincia di Trento della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/sub-contraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.
4. La stazione appaltante verifica i contratti sottoscritti tra l'appaltatore ed i subappaltatori e i subcontraenti in ordine all'apposizione della clausola sull'obbligo del rispetto delle disposizioni di cui all'art. 3 della legge 136/2010, e, ove ne riscontri la mancanza, rileva la radicale nullità del contratto.
5. Le parti stabiliscono espressamente che il contratto è risolto di diritto in tutti i casi in cui le transazioni siano state eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane SPA attraverso bonifici su conti dedicati, destinati a registrare tutti i movimenti finanziari, in ingresso ed in uscita, in esecuzione degli obblighi scaturenti dal contratto. L'appaltatore comunica alla stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali, accesi presso banche o presso la società Poste Italiane SPA, dedicati, anche non in via esclusiva, alle commesse pubbliche. La comunicazione alla stazione appaltante deve avvenire entro sette giorni dall'accensione dei conti correnti dedicati e nello stesso termine l'appaltatore deve comunicare le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. Le medesime prescrizioni valgono anche per i conti bancari o postali preesistenti, dedicati successivamente alle commesse pubbliche. In tal caso il termine decorre dalla dichiarazione della data di destinazione del conto alle commesse pubbliche.
6. Nel rispetto degli obblighi sulla tracciabilità dei flussi finanziari, il bonifico bancario o postale deve riportare, in relazione a ciascuna transazione, il codice identificativo di gara.

Art. 26 - Modello di Organizzazione, Gestione, Controllo ex D.Lgs. 231/2001 integrato ex. L. 190/2012, Codice Etico e Codice di Comportamento

1. Nell'espletamento del servizio oggetto del presente capitolato l'appaltatore dichiara di aver preso conoscenza dei Protocolli di prevenzione dei reati ex D.lgs 231/2001 e dei reati di corruzione ex L. 190/2012 evidenziati nel "Documento di sintesi del Modello di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs 231/2001 integrato ex L. 190/2012", dei principi contenuti nel Codice Etico e delle regole contenute nel Codice di comportamento degli amministratori, dei dipendenti e dei collaboratori adottati da Trentino Sviluppo S.p.A., pubblicati nella sezione "Società Trasparente" del sito internet istituzionale (https://www.trentinosviluppo.it/it/Istituzionale/Societ%C3%A0_Trasparente/Altri_contenut

i/Altri_contenuti.aspx), e si impegna a non porre in essere alcun comportamento in violazione dei medesimi o che induca in qualsiasi modo i destinatari a violarli.

Art. 27 - Clausola di legalità

1. Fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria, l'impresa appaltatrice si impegna a segnalare tempestivamente a Trentino Sviluppo S.p.A. ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità ovvero offerta di protezione, nonché ogni tentativo di intimidazione o condizionamento di natura criminale che venga avanzata nel corso dell'esecuzione del contratto nei confronti di un proprio rappresentante, dipendente o agente.
2. L'impresa appaltatrice inserisce nei contratti di subappalto e nei contratti stipulati con ogni altro soggetto che intervenga a qualunque titolo nell'esecuzione del contratto, la seguente clausola: "*Fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria, il subappaltatore/subcontraente si impegna a riferire tempestivamente all'Ente ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità ovvero offerta di protezione, che venga avanzata nel corso dell'esecuzione del contratto nei confronti di un proprio rappresentante, dipendente o agente*".

Art. 28 - Norme di chiusura

1. Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.
2. Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.
3. L'appaltatore, avendo partecipato alla procedura per l'assegnazione del contratto di appalto, riconosce e accetta in maniera piena e consapevole, tutte le prescrizioni richieste per l'espletamento del servizio, nonché tutte le clausole specifiche previste nel presente capitolato.

SEZIONE II - CONDIZIONI PARTICOLARI POLIZZA VITA DIRIGENTI

Art. 1 – Definizioni

1. Alle seguenti denominazioni, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

   Assicurazione
   Il contratto di assicurazione.

   Assicurato
   Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, persona fisica sulla cui testa ricade la copertura assicurativa.

   Contraente
   Il soggetto che stipula l'assicurazione.

   Società
   L'impresa assicuratrice.

   Polizza
   Il documento che prova l'assicurazione.

   Beneficiario o avente diritto alla prestazione
   Persona fisica o giuridica a cui sono erogate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione

   Capitale Assicurato
   Prestazione erogata dalla Società al verificarsi di uno degli eventi assicurati, ossia il decesso o l'invalidità totale e permanente da ogni causa

   Carenza
   Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci

   Caricamenti
   Parte del premio versato destinato a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

   Data di decorrenza
   Data di riferimento, indicata in polizza, per il calcolo delle prestazioni contrattuali. Momento in cui le garanzie divengono efficaci e in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

   Età assicurativa
   È l'età espressa in anni interi per cui le frazioni di anno inferiori a sei mesi sono trascurate, mentre quelle pari o superiori sono considerate come anno compiuto.

   Grado di invalidità
   Riduzione in modo permanente della capacità di lavoro dell'assicurato, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, per sopravvenutagli infermità o difetto fisico o mentale. Nel caso specifico deve essere in misura non inferiore al 66%.

   Polizza caso morte (o in caso di decesso)
   Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al/i Beneficiario/i qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Nel caso specifico è di tipo temporanea, in quanto il pagamento è previsto qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso delle durata del contratto.

   Questionario medico-sprotivo
   Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Sinistro
Verificarsi dell'evento di rischio assicurato (ovvero il decesso dell'Assicurato o l'invalidità totale e permanente da ogni causa) oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

Art. 2 – Oggetto e finalità dell'appalto ed elenco assicurati

1. Il presente appalto è finalizzato all'affidamento del servizio di stipulazione di una polizza assicurativa,in ottemperanza alle disposizioni del C.C.N.L. dirigenti industria, sulla vita dei dirigenti per il caso di morte e invalidità totale e permanente di grado non inferiore al 66%.
   I singoli Assicurati entrano in copertura automaticamente, per effetto di quanto disposto dal CCNL, salvo il diritto di recesso da esercitarsi entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui ricevono dal Contraente il Fascicolo Informativo.
2. L'assicurazione di cui al presente Capitolato garantisce la copertura del rischio di morte di invalidità totale e permanente da ogni causa. Più precisamente:
   - prestazione in caso di decesso: consiste nell'impegno della Società di pagare al beneficiario designato il capitale assicurato, nel caso di decesso dell'assicurato stesso avvenuto nel periodo di validità della copertura;
   - prestazione in caso di invalidità totale e permanente: consiste nell'impegno della Società a pagare all'assicurato il capitale designato in polizza, in caso di infortunio o malattia dell'assicurato stesso che abbia come conseguenza una invalidità permanente di grado non inferiore al 66%.
3. Si intende colpito da invalidità permanente, l'assicurato che, per sopravvenutagli infermità o difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà e oggettivamente accertabile,abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue normali attitudini, in misura non inferiore al 66%.
4. La copertura per ciascun Assicurato decorre dalla data comunicata dal Contraente e si intende: (a) la data di primo inizio della polizza per tutti coloro che rientrano nella categoria assicurata a tale data; (b) la data di acquisizione del diritto all'assicurazione per nuove assunzioni e promozioni successive alla data di cui al punto (a).
5. I rischi di morte e di invalidità permanente sono coperti qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.
6. Ai fini della presente polizza, di seguito si riportano i soggetti assicurati ed il relativo capitale:

n.	Nominativo	Data di nascita	Codice fiscale	Capitale assicurato
1	*(omissis)*	10/01/1968	*(omissis)*	€ 300.000,00
2	*(omissis)*	24/04/1959	*(omissis)*	€ 300.000,00

Si precisa che la presente polizza dovrà assicurare in aggiunta al capitale assicurato di cui alla precedente tabella, una somma pari a:

i. Euro 200.000,00 qualora il dirigente non abbia figli a carico né coniuge;
ii. Euro 300.000,00 se il nucleo familiare del dirigente si compone di uno e/o più figli a carico e/o del coniuge.

Art. 3 – Esclusioni della copertura per il caso di morte e invalidità totale e permanente

1. Sono esclusi dalla garanzia soltanto il decesso o l'invalidità causati da:

a. dolo del contrante o del beneficiario;
b. partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi;
c. partecipazione dell'assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano, in questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del Contraente;
d. incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
e. suicidio se avviene nei primi due anni dell'entrata in vigore dell'assicurazione;
f. sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero da altra patologia a essa collegata a patto che il decesso avvenga entro i primi sette anni dalla data di decorrenza della prima polizza, nel caso in cui l'assicurato si rifiuti di sottoporsi ai test HIV in occasione dell'eventuale visita medica.

Art. 4 – Assunzione dei rischi

1. Le coperture assicurative sono subordinate, in funzione del capitale assicurato, all'esito degli accertamenti sanitari eventualmente previsti e di seguito elencati.
2. Requisito minimo indispensabile per l'inclusione in copertura è che gli assicurandi siano presenti e attivi al lavoro alla data di decorrenza della copertura ovvero non assenti a motivo di malattia o infortunio.In caso contrario l'inclusione in copertura è rinviata al momento in cui il contraente comunica che l'assicurando è rientrato in servizio a tempo pieno e la compagnia ha confermato di accettare il rischio.Per tempo pieno si intende la durata dell'attività lavorativa svolta dall'assicurando senza interruzione, in funzione dell'istituto contrattuale sulla cui base è stato instaurato il relativo rapporto di lavoro. Sulla base di quanto precede l'istituto del part-time si intende implicitamente compreso.
3. Qualora il capitale assicurato risulti inferiore o uguale a 300.000,00 euro potrà essere richiesta la compilazione del questionario medico-sportivo concernente lo stato di salute e le abitudini di vita dell'assicurando (su modello fornito dalla Società). Per capitali superiori ai 300.000 euro e fino a 500.000 euro, la compagnia potrà richiedere la compilazione del questionario medico-sportivo, una visita medica con compilazione del rapporto di visita medica (su modello fornito dalla Società), l'esame completo delle urine con sedimento, l'ECG con referto del cardiologo, esami del sangue, esame emocromocitometrico con formula leucocitaria, VES, piastrine, glicemia, creatinine mia, azotemia, acido urico, trigliceridi, colesterolo HDL e Totale, transaminasi SGOT-SGPT, gamma GT, test HIV1 e HIV2, markers epatite B e C. Per capitali superiori a 500.000 euro la Società potrà richiedere eventuali accertamenti aggiuntivi da concordare prima dell'attivazione della copertura.
4. Qualora gli accertamenti sanitari richiesti dovessero evidenziare motivi di aggravamento del rischio, la Società potrà comunque richiedere ulteriori esami clinici al fine di valutare la corretta applicazione del sovrappremio e comunicarlo al contraente.
5. È consentito un termine massimo per la presentazione dei documenti, di minimo 30 giorni, dalla data di inizio di ciascun assicurando. La Compagnia entro i successivi trenta giorni dal ricevimento della documentazione si riserva, in base alle risultanze di tali documenti, di fissare eventuali condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio, dando di ciò immediata notizia al Contraente.
6. Durante il periodo massimo di sessanta giorni di carenza assicurativa la copertura verrà limitata ai soli casi di morte o invalidità permanente derivanti esclusivamente da evento accidentale, fortuito ed esterno, indipendente dalla volontà dell'assicurato.

7. La Società comunica al Contraente l'entità del sovrappremio da applicare al singolo assicurando. La Società comunica all'assicurando, con lettera personale, sia l'entità del sovrappremio che la motivazione di applicazione dello stesso.
8. A fronte dell'esito degli accertamenti di cui sopra, qualora la Società abbia comunicato le condizioni alle quali è disposta ad assumere il rischio, è dovuto fin dall'ingresso in assicurazione l'intero premio assicurativo comprensivo dell'eventuale sovrappremio richiesto.
9. La mancata presentazione, entro 60 (sessanta)giorni dalla richiesta, della documentazione necessaria per l'esatta valutazione del rischio da assumere, annulla qualsiasi impegno da parte della Società sulla somma assicurata.
10. Gli eventuali importi anticipati da contraente a titolo di premio per tali coperture saranno rimborsati al contraente stesso, al netto dei diritti e delle imposte.

Art. 5 – Denuncia e accertamento dell'invalidità

1. Si intende colpito da invalidità permanente, l'Assicurato che, a seguito di un infortunio, malattia anche pregressa, difetti fisici e/o mentali, abbia subito, durante il periodo della copertura, una riduzione della propria capacità lavorativa in modo permanente per cause non imputabili all'Assicurato, nelle occupazioni confacenti alle proprie attitudini in misura non inferiore al 66%.
2. La riduzione della capacità lavorativa, l'infortunio, la malattia e i difetti fisici e/o mentali devono essere oggettivamente accertabili. Verificatasi l'invalidità dell'assicurato, il Contraente o l'Assicurato stesso devono farne denuncia alla compagnia entro i successivi due mesi per gli opportuni accertamenti.
3. La Società si impegna ad accettare come valido il giudizio sullo stato di invalidità totale e permanente così come formulato: (a) dall'INPS o altro Ente Previdenziale al quale obbligatoriamente appartiene l'assicurato, all'atto del riconoscimento delle persone di inabilità ovvero del primo riconoscimento dell'assegno di invalidità; (b) dall'INAIL, in caso di invalidità di origine professionale e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente.
4. L'invalidità si intenderà riconosciuta ai fini del presente capitolato purché:
   a. il riconoscimento del diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità sia conseguente a domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro;
   b. l'età dell'assicurato non sia superiore a 70 anni;
   c. la denuncia sia stata comunicata alla Compagnia entro 60 giorni dall'avvenuto riconoscimento da parte dell'ente obbligatorio di appartenenza dell'assicurato.
5. Qualora il rapporto di lavoro prosegua dopo l'avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità, la somma assicurata dalla polizza è corrisposta contestualmente all'esito di tale riconoscimento.
6. Una volta eseguito il pagamento del capitale assicurato per l'invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'assicurato.
7. Verifacatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato deve farne denuncia entro i successivi due mesi alla Società, per gli opportuni accertamenti, trasmettendo il certificato del medico curante redatto su modulo fornito dalla Società.
8. La Società si impegna ad accertare in via diretta l'invalidità permanente dell'assicurato entro 180 giorni dalla ricezione della documentazione.
9. Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità.

Art. 6 - Variazione degli assicurati in corso di contratto

7. La copertura per ciascun assicurato decorre dalla data comunicata dal Contraente e si intende:
   a. dalle ore 24.00 della data di primo inizio della polizza per tutti coloro che rientrano nella categoria assicurata a tale data;
   b. dalle ore 24.00 della data di acquisizione del diritto all'assicurazione per nuove assunzioni e promozioni successive alla data di cui al punto a.

   e termina dalla data in cui è intervenuta la cessazione del rapporto di lavoro.
8. Alla data di inizio della polizza il Contraente fornisce alla Società l'elenco degli assicurati da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi: cognome, nome, data di nascita, sesso, codice fiscale, categoria di appartenenza, capitale da assicurare.
9. Il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Società ogni variazione in entrata e in uscita che intervenga nel corso dell'annualità assicurativa.
10. Le variazioni del personale assicurato potranno essere fornite alla Società anche attraverso un tracciato riepilogativo che dovrà essere inviato, in formato elettronico, entro i cinque giorni successivi alla chiusura del mese cui fanno riferimento.
11. Sulla base di tali comunicazioni, la Società procederà all'emissione delle appendici di variazione.
12. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.
13. Si ricorda che l'ammissione nell'assicurazione, in relazione all'entità dei capitali richiesti, avviene secondo i termini riportati nelle condizioni di assicurazione; la documentazione necessaria per la valutazione del rischio viene trasmessa alla Società dal Contraente.

SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI POLIZZA INFORTUNI DIPENDENTI DURANTE MISSIONI E TRASFERTE

Parte I - Norme generali

Art. 1 – Definizioni

2. Alle seguenti denominazioni, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

   Assicurato

   Ogni Dipendente della Contraente che viaggia per conto ed in relazione agli affari della stessa, a condizione che il viaggio sia effettuato all'Estero. È considerato Assicurato la Contraente ove in polizza sia previsto un indennizzo per un danno subito dalla stessa.

   Assicurato aggiuntivo

   Familiare diretto che viaggia insieme all'Assicurato accompagnandolo.

   Assicurazione

   Il presente contratto di assicurazione.

   Beneficiario

   Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. Un Assicurato può cambiare il beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso dello stesso beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In mancanza di designazione i beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.

   Centrale operativa di assistenza

   La struttura, in funzione tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza, su richiesta dell'Assicurato.

   Contraente

   Il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione.

   Crisis consultants

   Consulenti che siano stati preventivamente approvati dalla Società per poter fornire assistenza alla Contraente in situazioni di crisi.

   Denaro

   Monete, banconote, lettere di credito, voucher, carte di credito/debito/revolving, carte telefoniche, vaglia postali, traveller cheques, buoni benzina purché il tutto sia in possesso dell'Assicurato nella misura strettamente necessaria per gli spostamenti, i pasti, la sistemazione alberghiera e le spese personali durante il viaggio Assicurato.

   Dipendente

   Persona con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato, con esclusione dei lavoratori con contratto di somministrazione, compresi gli stagisti/borsisti anche stranieri.

   Estero

   Mondo intero. Escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e il Paese di residenza principale.

   Familiare diretto

   Il coniuge, figlio/a, genitori, fratelli, suoceri, generi, nuove o conviventi (purché risultanti da regolare certificazione) dell'Assicurato.

   Franchigia

Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

È considerato infortunio l'evento che sia dovuto a causa fortuita violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente. L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il viaggio assicurato.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, clinicamente ed oggettivamente constatabile e che avvenga durante il viaggio dell'Assicurato.

Medico

Laureato in medicina ed in possesso di abilitazione all'esercizio della professione medica. Il medico non può essere l'Assicurato o una persona che ha una relazione di parentela con l'Assicurato.

Ospedale - Istituto di cura

L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti od alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali e/o istituti simili.

Paese di residenza principale

Lo Stato nel quale l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione.

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Situazione di crisi

La situazione che si verifica quando le autorità competenti del paese di residenza dell'Assicurato consigliano formalmente di evitare viaggi nel paese ospitante in cui si trova l'Assicurato o di procedere ad una immediata evacuazione dallo stesso, per una delle seguenti cause quando le medesime siano completamente fuori dal controllo di Contraente o Assicurato:

- espulsione dell'Assicurato o sua dichiarazione quale persona non gradita da parte delle Autorità del paese ospitante;
- scoppio di insurrezione o rivolta civile nel paese ospitante;
- scoppio di un conflitto militare che coinvolge il paese ospitante;
- attacco terroristico posto in essere nel paese ospitante che abbia causato vittime;
- l'inizio di un'epidemia nel paese ospitante;
- l'accadimento di calamità naturali nel paese ospitante che abbia causato vittime.

Terzi

Qualunque persona non rientrante nella definizione "Familiare diretto", fatto salvo quanto previsto nelle esclusioni previste dal presente capitolato.

Vettore comune

Vettore comune si intende ogni mezzo di trasporto di acqua, terra, aria che operi sotto licenza per il trasporto passeggeri.

Viaggio di piacere
Tratto del viaggio non compiuto per conto ed in relazione agli interessi ed affari – anche di natura istituzionale nel rispetto di quanto previsto dall'oggetto sociale – della Contraente, ma da questi autorizzato in quanto immediatamente precedente o successivo al viaggio di lavoro assicurato.
Viaggio di lavoro (o viaggio di lavoro assicurato)
Viaggio di lavoro effettuato all'estero per conto ed in relazione agli affari della Contraente e da questi espressamente autorizzato. Il viaggio di lavoro inizia quando l'Assicurato lascia l'abituale posto di lavoro e/o la sua residenza e termina quando lo stesso fa rientro in uno di tali luoghi.

Art. 2 – Premessa

1. Questa polizza è un contratto tra la compagnia di assicurazione ed il Contraente della polizza assicurativa. Le indennità e le garanzie sono prestate per i dirigenti, impiegati e dipendenti, attuali e futuri, della Contraente.

Art. 3 – Oggetto dell'assicurazione

1. La polizza ha ad oggetto le garanzie descritte nelle successive sezioni del presente capitolato.

Art. 4 – Operatività delle coperture

1. Tutte le coperture assicurative descritte nel presente contratto sono garantite solo mentre l'Assicurato sta compiendo un Viaggio di Lavoro. Le coperture iniziano dal momento in cui l'Assicurato lascia la sua abitazione o il luogo di lavoro, qualsiasi cosa accada per ultima, e proseguono per la durata del viaggio, fino al ritorno alla sua abitazione o sul luogo di lavoro, qualsiasi cosa accada per prima. Le coperture saranno in vigore per tutto il Viaggio di Lavoro Assicurato a condizione che il viaggio non duri oltre 365 giorni.
2. Non rientra nella definizione di Viaggio di Lavoro Assicurato il viaggio normale ed abituale dall'abitazione dell'Assicurato al suo luogo di lavoro e viceversa.

Art. 5 – Estensione ai viaggi di piacere

1. Nel caso in cui al Viaggio di Lavoro Assicurato sia collegato un Viaggio di Piacere all'Estero, le coperture si intendono estese all'Assicurato e agli Assicurati Aggiuntivi e per tutta la durata del Viaggio di Piacere, a condizione che il Viaggio di Lavoro e il Viaggio di Piacere non durino complessivamente oltre 365 giorni e che il Viaggio di Piacere sia collegato al Viaggio di Lavoro Assicurato senza interruzioni dovute al ritorno nel Paese di Residenza Principale.
2. Rimane convenuto che con questa assicurazione non verrà indennizzato alcun danno derivante dal fatto che l'operatore turistico, la compagnia aerea o qualsiasi altra società, ditta o persona diventi insolvente ovvero non sia in grado di o non intenda adempiere uno qualsiasi dei suoi obblighi.

Art. 6 – Assicurazione presso diversi assicuratori

1. Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tal caso, per quanto coperto da assicurazione con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza.
2. Per quanto efficacemente coperto da assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde soltanto per la parte di danno eccedente il massimale delle altre polizze.

3. In deroga al disposto dell'art. 1910 del Codice Civile, si esonera il Contraente e gli Assicurati dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto.
4. Il Contraente ha l'obbligo di prestare tale dichiarazione in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

Art. 7 – Regolazione del premio

1. Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.
2. A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.
3. Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 30 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.
4. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
5. In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).
6. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
7. La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 8 – Obblighi in caso di sinistro

1. Per i sinistri mortali o di particolare gravità, il Contraente si impegna a darne avviso alla Società anche in assenza di richiesta di risarcimento danni.
2. Il Contraente è tenuto ad inoltrare avviso per eventuali sinistri rientranti nella garanzia RCO solo ed esclusivamente:
   a. in caso di infortunio per il quale ha ricevuto avviso dell'avvio dell'inchiesta amministrativa o giudiziaria a norma di legge;
   b. in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto nonché da parte dell'INAIL qualora esercitasse diritto di surroga a sensi del D.P.R. 30.06.1965 n.1124.

3. È in facoltà della Società richiedere alla Contraente e/o all'Assicurato tutti i documenti probatori, che ritenesse utili all'accertamento delle circostanze del sinistro.
4. La Società si impegna a prendere comunque in carico il sinistro quando pervenga richiesta di risarcimento danni, anche fuori dei termini previsti dalle norme che regolano l'assicurazione in generale.
5. L'Assicurato si impegna a tenere nei propri archivi i verbali (scritture interne) riguardanti eventi per i quali non perviene richiesta di risarcimento.

Parte II - Sommario delle coperture

Copertura	***Somma assicurata/limite massimo d'indennizzo***
Spese mediche	COSTI EFFETTIVI
Indennità di ricovero	€50,00 (cinquanta) al giorno
Spese mediche successive al rientro	€250.000,00 (duecentocinquantamila)
Sistemazione della casa successiva al rientro	€25.000,00 (venticinquemila)
Spese di viaggio d'emergenza	€5.000,00 (cinquemila)
Invio di farmaci essenziali	COSTI EFFETTIVI
Trasporto ad un centro ospedaliero	COSTI EFFETTIVI
Costi di salvataggio e ricerca	€25.000,00 (venticinquemila)
Rimpatrio sanitario	COSTI EFFETTIVI
Rimpatrio della salma e spese funebri	€7.500,00 (settemilacinquecento)
Trasmissione di messaggi urgenti	COSTI EFFETTIVI
Biglietti per i Familiari	COSTI EFFETTIVI
Rientro dei Familiari Diretti	COSTI EFFETTIVI
Assistenza ai Minori	COSTI EFFETTIVI
Servizio Baby-Sitter	COSTI EFFETTIVI
Monitoraggio del ricovero ospedaliero	COSTI EFFETTIVI
Annullamento del viaggio di lavoro	€10.000,00 (diecimila)
Modifica del viaggio di lavoro	€10.000,00 (diecimila)
Sostituzione	COSTI EFFETTIVI
Ritardo del viaggio di lavoro	€1.500,00 (millecinquecento)
Perdita, furto danneggiamento beni	€7.500,00 (settemilacinquecento)
Documenti di Viaggio	€2.500,00 (duemilacinquecento)
Perdita di Denaro	€2.500,00 (duemilacinquecento)
Ritardo Bagaglio	€500,00 (cinquecento)

Responsabilità Civile verso Terzi	€5.000.000,00 (cinquemilioni)
Assistenza Legale e anticipo cauzione penale all'estero	€50.000,00 (cinquantamila)
Indennizzo morte	€ 150.000,00 (centocinquantamila)
Indennizzo per invalidità permanente	€ 150.000,00 (centocinquantamila)
Attività temerarie	€100.000,00 (centomila)
Sport aerei e paracadutismo	€100.000,00 (centomila)
Guida di mezzi speciali	€100.000,00 (centomila)
Rimborso spese mediche da Infortunio	€25.000,00 (venticinquemila)
Lifesaver	€25.000,00 (venticinquemila)
Commorienza	€50.000,00 (cinquantamila)
Anticipo spese di prima necessità	€10.000,00 (diecimila)
Interprete a disposizione all'estero	€2.500,00 (duemilacinquecento)
Spese telefoniche	€100,00 (cento)
Segnalazione di un medico all'estero	COSTI EFFETTIVI
Cancellazione e interruzione del viaggio di lavoro	€50.000,00 (cinquantamila)
Contenimento della Situazione di Crisi & Evacuazione	€50.000,00 (cinquantamila)

Parte III - Assistenza modalità operative

Art. 1- Premessa

La Centrale Operativa di Assistenza ha il compito di fornire le informazioni ed eseguire le altre prestazioni previste dal presente contratto e di coordinare la gestione dei ricoveri ospedalieri e delle emergenze mediche nei casi previsti in Polizza.
Nel caso in cui occorra all'Assicurato un Infortunio o si manifesti una Malattia durante il corso di un Viaggio di Lavoro Assicurato, la Centrale Operativa di Assistenza, agendo per conto della ……. secondo le modalità previste in Polizza, organizzerà ed effettuerà le prestazioni relative alle seguenti garanzie, utilizzando i mezzi ed i servizi più adatti alle condizioni fisiche dell'Assicurato:

- Spese mediche;
- Spese di Viaggio d'emergenza;
- Invio farmaci d'emergenza;
- Trasporto a centro Ospedaliero;
- Rimpatrio Sanitario;
- Rimpatrio della salma e spese funebri.

Altri servizi prestati dalla Centrale Operativa sono:

- Trasmissione di Messaggi urgenti;
- Biglietti per i familiari diretti;
- Rientro dei familiari diretti;
- Assistenza ai minori;

- Servizio babysitter;
- Monitoraggio ospedaliero;
- Modifica del viaggio;
- Sostituzione;
- Documenti viaggio;
- Spese legali;
- Anticipo contanti;
- Interprete;
- Segnalazione medico.

Le coperture verranno fornite secondo le modalità descritte nei successivi capitoli.
Le spese di qualsiasi tipo sostenute dall'Assicurato in relazione alle garanzie prestate ai sensi della presente Polizza verranno rimborsate solo se approvate e coordinate dalla Centrale Operativa di Assistenza, salvo le spese effettuate per ragioni di urgenza quando l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza in tempo utile, anche tramite terze persone. In tal caso graverà sull'Assicurato l'onere di provare l'urgenza delle spese effettuate e l'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza.
Nel caso in cui la Contraente e/o l'Assicurato intendano attivare la garanzia "Crisis Guard", dovrà essere contattato l'apposito servizio, secondo le modalità ivi descritte.

Art. 2 - Modalità di richiesta intervento della Centrale Operativa di Assistenza

Nel caso di un ricovero in Ospedale o di un'emergenza medica, la Contraente, l'Assicurato, un Familiare, una persona che viaggia con lui, o l'autorità o l'ente medico che lo hanno in cura, devono mettersi immediatamente dopo che ne siano venuti a conoscenza in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza, per verificare la copertura assicurativa e organizzare le cure mediche opportune.
La Centrale Operativa risponde ai numeri telefonici che verranno indicati dall'appaltatore.
A tali numeri, attivi 24 ore su 24, risponderà un operatore, in grado di fornire l'opportuna assistenza.
Al momento della richiesta l'Assicurato dovrà fornire all'operatore i propri estremi identificativi:

- Cognome e Nome;
- Numero della Card o Numero di Polizza;
- Recapito telefonico del luogo di soggiorno all'estero;
- Indirizzo del luogo di soggiorno all'estero.

Dopo questo contatto preliminare, l'équipe medica della Centrale Operativa di Assistenza, consultandosi con il medico o i medici che hanno in cura l'Assicurato e/o con il medico o i medici abituali dell'Assicurato, deciderà quali siano i mezzi di trasporto medico e/o l'Ospedale o l'Istituto di Cura e/o le cure mediche più idonei in relazione alle sue condizioni.
Nel caso di un ricovero ospedaliero conseguente ad un infortunio o una malattia coperti dalla polizza e segnalato alla Centrale Operativa di Assistenza, questa pagherà le spese di trasporto direttamente all'Ospedale e/o all'Istituto di Cura che ha organizzato il trasporto medico. Tutti gli altri tipi di spese mediche devono essere anticipatamente pagate dall'Assicurato, che dovrà conservare tutte le opportune ricevute al fine di ottenere il rimborso da dalla Società al suo ritorno nel Paese di residenza principale.

In caso di ricovero in Ospedale, la Centrale Operativa di Assistenza, agendo per conto della Società, prenderà in carico direttamente i costi, anticipandoli, unicamente nel caso in cui ciò si renda necessario per l'ammissione dell'Assicurato nella struttura ospedaliera.
Quando i costi di trasporto dell'assicurato vengono pagati dalla Società, l'Assicurato dovrà restituire alla stessa i biglietti di trasporto non utilizzati.

Art. 3- Circostanze eccezionali

La Società e la Centrale Operativa di Assistenza non possono essere ritenute responsabili degli eventuali ritardi nell'effettuare le prestazioni oggetto di garanzia qualora i ritardi siano dovuti a scioperi, disordini, di qualsiasi atto di sabotaggio o terrorismo, guerra civile o con altre nazioni, emissione di calore o di radiazioni provocata dalla fissione dell'atomo, radioattività, o altri incidenti o calamità naturali.
Tutti gli interventi della Centrale Operativa di Assistenza saranno compiuti in conformità e nei limiti fissati dalle leggi e delle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali e saranno condizionati al rilascio delle necessarie autorizzazioni da parte delle autorità competenti.

Parte IV - Spese mediche

Art. 1- Spese mediche

La Società rimborserà le spese mediche documentate dall'Assicurato e sostenute dallo stesso a causa di un infortunio occorso o di una malattia manifestatasi durante un Viaggio Assicurato fuori dal Paese di Residenza Principale e fuori dall'Italia, in seguito al ricovero in Ospedale, o comunque in connessione con le cure ricevute presso una struttura sanitaria/studio medico segnalati dalla Centrale Operativa.
Le spese mediche coperte sono quelle indicate dal Medico che ha prestato assistenza all'Assicurato e includono:

- prestazioni mediche e danestesiologiche;
- ricovero ospedaliero e uso di una sala operatoria;
- esami diagnostici, di laboratorio e per immagini;
- servizi di autoambulanza;
- medicinali.

Verranno rimborsate o tenute a carico della Società le spese sostenute all'Estero durante il Viaggio Assicurato entro365 giorni dalla data dell'infortunio o della manifestazione della malattia. In caso di rientro in Italia o nel Paese di Residenza Principale, la presente garanzia cesserà di avere effetto in favore della garanzia prevista dal successivo paragrafo sulle "Spese mediche successive al rientro".
In caso di ricovero in Ospedale, la Centrale Operativa di Assistenza, agendo per conto della Società, prenderà incarico direttamente i costi, anticipandoli, unicamente nel caso in cui ciò si renda necessario per l'ammissione dell'Assicurato nella struttura ospedaliera.
Nel caso di un ricovero in ospedale o comunque di un'emergenza medica che comporti la necessità di prestazioni mediche, l'Assicurato, una persona che viaggia con lui, o l'autorità o l'ente medico che lo ha in cura, devono mettersi immediatamente in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza, per verificare la copertura assicurativa e organizzare le cure mediche opportune.
Le spese di qualsiasi tipo sostenute dall'Assicurato nei casi sopra elencati verranno rimborsate solo se preventivamente approvate e coordinate dalla Centrale Operativa di Assistenza, salve le spese effettuate per

ragioni di urgenza quando l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza in tempo utile, anche tramite terze persone. In tal caso graverà sull'Assicurato l'onere di provare l'urgenza delle spese effettuate e l'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza.

Art. 2 - Indennità di ricovero

In caso di ricovero indennizzabile, la Società garantirà, oltre al rimborso delle spese mediche da ricovero, una diaria pari a € 50,00 (cinquanta) per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 365 giorni per sinistro. La diaria verrà liquidata dietro presentazione del certificato di dimissione dell'Ospedale recante la data di ricovero e dimissione. Il giorno di ricovero e dimissione verranno conteggiati separatamente ai fini della diaria.

Art. 3- Spese mediche successive al rientro

A seguito di un ricovero indennizzabile, successivamente al rientro nel Paese di Residenza Principale o in Italia, la Società rimborserà all'Assicurato le seguenti spese, fino al limite d'indennizzo di € 250.000,00 (duecentocinquantamila):

- le spese mediche rese necessarie in conseguenza dell'intervento chirurgico avvenuto all'estero, se indennizzabile ai sensi di polizza;
- esami, medicinali e trattamenti fisioterapici e rieducativi per il trattamento dell'Infortunio o Malattia occorsi durante il Viaggio Assicurato, se indennizzabile ai sensi di polizza, che costituiscano la continuazione del trattamento iniziato durante il Viaggio di Lavoro Assicurato.

Tutte le spese dovranno essere sostenute entro 90 giorni dalla data in cui l'Assicurato ritorna nel suo Paese di Residenza Principale o in Italia.

Art. 4- Sistemazione della casa successiva al rientro

A seguito di un infortunio occorso o di una malattia manifestatasi durante un Viaggio di Lavoro Assicurato fuori dal Paese di Residenza Principale e fuori dall'Italia, la Società risarcirà l'Assicurato dei costi sostenuti per:

- modifiche all'accesso dell'abitazione ove l'Assicurato risulti residente quali: costruzioni di rampe e scivoli, sistemi di sopraelevazione, allargamento varchi di accesso, sostituzione porte a seguito di allargamento dei varchi. Sono comprese le modifiche interne all'abitazione e al fabbricato pertinente;
- sostituzione della vasca, della doccia, dei sanitari e installazione di maniglie speciali per il loro utilizzo presso l'abitazione ove l'Assicurato risulti residente.

A condizione che si verifichino tutte le seguenti circostanze:

- i lavori di ristrutturazione dell'appartamento o del fabbricato abbiano inizio entro 45 giorni dal rientro nel Paese di Residenza Principale;
- i lavori di ristrutturazione delle parti condominiali del fabbricato siano deliberate entro 6 mesi dal rientro nel Paese di Residenza Principale e abbiano inizio entro 45 giorni dalla delibera;
- a seguito dell'infortunio o malattia sia stata resa dal medico curante una prognosi che preveda un deficit nella deambulazione tale da essere necessario l'utilizzo della sedia a rotelle per un periodo non inferiore ad un anno.

Sono compresi sia i costi di progettazione che quelli di realizzazione. Ai fini dell'indennizzo l'Assicurato deve presentare la seguente documentazione:

- copia della denuncia di inizio lavori;
- copia del progetto di modifica dell'abitazione e del fabbricato pertinente;
- copia della delibera condominiale di inizio lavori;
- copia della prognosi attestante il diritto all'indennizzo;
- originale delle fatture comprovanti il dettaglio delle spese sostenute;
- certificato di residenza.

Il limite massimo d'indennizzo per la presente garanzia è di €25.000 (venticinquemila) per sinistro.

Art. 5- Spese di viaggio d'emergenza

In caso di prolungamento del soggiorno dell'Assicurato e ritardo del rimpatrio a causa di particolari condizioni cliniche, certificate dal medico curante in loco, tali che ne sconsigliano il trasporto, la Centrale Operativa di Assistenza per conto della Società rimborserà all'Assicurato sino a € 300,00 (trecento) al giorno le spese di albergo sostenute in loco sino a che il rimpatrio non sia fattibile.
In tal caso, ove un dipendente della Contraente che viaggiava con l'Assicurato resti con lo stesso per assisterlo, il rimborso verrà esteso alle spese alberghiere e del costo di rimpatrio sostenute dal predetto dipendente fino alla concorrenza massima di € 5.000,00 (cinquemila); la presente garanzia è valida per un solo dipendente della Contraente, non essendo oggetto di copertura le spese sostenuta da ulteriori dipendenti.

Art. 6- Invio farmaci essenziali

La Centrale Operativa di Assistenza provvederà, per conto della Società, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, all'inoltro a destinazione di farmaci (registrati in Italia) indispensabili all'Assicurato per il proseguimento di una terapia, nel caso in cui quest'ultimo non possa disporre di detti farmaci in loco o gli sia impossibile procurarli od ottenerne di equivalenti. In ogni caso il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato.

Art. 7- Trasporto ad un centro ospedaliero

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di trasferimento presso un Ospedale, la Centrale Operativa di Assistenza provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato sino alla più vicina struttura medica attrezzata per le cure del caso. In base alle condizioni cliniche dell'Assicurato e a insindacabile giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa di Assistenza, il trasporto avverrà con aereo sanitario, aereo di linea, vagone letto, cuccetta 1° classe, autoambulanza o altro mezzo ritenuto idoneo. Durante il trasporto, se necessario, l'Assicurato sarà assistito da medici e/o infermieri. Tutti i costi sono a carico della Società, restando inteso che la stessa non assume alcuna responsabilità in relazione agli incidenti occorsi nell'ambito del trasporto in Ospedale, limitandosi la Società ad organizzare e pagare i necessari servizi di trasporto, prestati da parti terze operanti in via autonoma.

Art. 8- Costi di salvataggio e ricerca

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti l'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di forze di polizia e/o soccorso locali, la Società rimborserà fino a € 25.000,00 (venticinquemila) per i costi eventualmente addebitati all'Assicurato dai soccorritori.

Art. 9- Rimpatrio sanitario

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'Estero a seguito di infortunio o malattia, e di dimissioni dello stesso con necessità di rientro al domicilio nel Paese di Residenza Principale tramite trasporto sanitario, la Centrale Operativa di Assistenza provvederà ad organizzare il rimpatrio. In base alle condizioni cliniche dell'Assicurato e a insindacabile giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa di Assistenza, il trasporto avverrà per mezzo di:

- aereo sanitario;
- aereo di linea;
- vagone letto;
- cuccetta 1°classe;
- autoambulanza;
- altro mezzo ritenuto idoneo.

Durante il trasporto, se necessario, l'Assicurato sarà assistito da medici e/o infermieri. Tutti i costi sono a carico della Società, restando inteso che la stessa non assume alcuna responsabilità in relazione agli incidenti occorsi nell'ambito del trasporto in Ospedale, limitandosi la Società ad organizzare e pagare i necessari servizi di trasporto, prestati da parti terze operanti in via autonoma.

Art. 10- Rimpatrio della salma e spese funebri

In caso di decesso dell'Assicurato all'Estero, la Centrale Operativa di Assistenza, agendo per conto della Società, organizzerà il rimpatrio della salma sino al luogo di inumazione in Italia o del Paesi di Residenza Principale. I costi di trasporto sono a carico della Società, restando inteso che la stessa non assume alcuna responsabilità in relazione agli incidenti occorsi nell'ambito del trasporto in Ospedale, limitandosi la Società ad organizzare e pagare i necessari servizi di trasporto, prestati da parti terze operanti in via autonoma. Il costo del feretro, i costi di sepoltura, trattamenti post-mortem, esequie, sono coperti sino ad un totale di € 7.500,00 (settemilacinquecento).

Art. 11- Esclusioni

La Società pagherà solamente le spese per le cure mediche prescritte da un Medico autorizzato o prestate da un ospedale riconosciuto. L'indennità non sarà fornita per nessun danno risultante interamente o in parte:

- dall'assunzione da parte dell'Assicurato di qualsiasi farmaco, medicazione o trattamento non prescritto dal Medico;
- da un tasso di alcol nel sangue dell'Assicurato uguale o superiore a quello fissato dalle leggi del luogo che regolano l'uso di autoveicolo. L'esclusione opera solo quando alla guida di un veicolo;
- da suicidio, tentato suicidio o lesione auto-inflittasi intenzionalmente;
- daviaggiointrapresocontroilparerediunmedicoo,inognicaso,intrapresoconpatologieinfaseacuta o allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici.

L'indennità inoltre non verrà fornita per spese sostenute per:

- cure mediche nel Paese di Residenza Principale dell'Assicurato o in Italia;
- gravidanza eccetto Complicazioni di Gravidanza entro i primi 6 mesi di gestazione;
- patologie psichiatriche e nevrosi;
- malattie trasmesse sessualmente, AIDS, infezioni da HIV e infezioni connesse all'AIDS;

- interventi di chirurgia estetica, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia plastica resi necessari da un infortunio coperto dalla polizza;
- cure di riabilitazione di qualsiasi genere praticate in conseguenza di infortuni o malattie, trattamenti psicoanalitici, soggiorni in una casa di riposo, trattamenti fisioterapici e di disintossicazione;
- cure oftalmologiche, occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici, cure dentistiche e protesi dentarie, a meno che non siano le conseguenze dirette di un infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
- cure prestate da un chiropratico o uno steopata;
- check-up medici non relativi a una situazione di emergenza medica;
- vaccinazioni e relative complicazioni.

Parte V - Tutela familiari diretti

Art. 1- Garanzie operanti per i familiari diretti durante i viaggi di piacere

In caso di estensione delle garanzie al Viaggio di Piacere, l'Assicurazione si intenderà operante nei confronti di ogni singolo Assicurato Aggiuntivo (Familiari Diretti) che viaggi insieme all'Assicurato limitatamente ai seguenti capitoli:

- Spese Mediche;
- Responsabilità Civile;
- Spese Legali.

Art. 2 - Trasmissione di messaggi urgenti

Qualora l'Assicurato che si trovi in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti ai propri Familiari Diretti, la Centrale Operativa provvederà per suo conto all'inoltro delle comunicazioni alla famiglia o a persone da lui stesso indicate.

Art. 3- Biglietti per i familiari

In caso di ricovero indennizzabile, con almeno 10 giorni di degenza e qualora le condizioni cliniche dell'Assicurato non ne permettano il rimpatrio sanitario e nessun Familiare Diretto adulto sia presentenel luogo di ricovero, la Centrale Operativa di Assistenza, per conto della Società mette a disposizione di un Familiare Diretto un biglietto ferroviario a/r (1° classe) o aereo a/r (classe economica) per raggiungere e assistere l'Assicurato. Sono esclusi i costi di soggiorno del familiare in loco.

Art. 4- Rientro dei Familiari Diretti

In caso di Rimpatrio sanitario dell'Assicurato e Rimpatrio della salma, la Centrale Operativa organizzerà e la Società prenderà in carico il rientro (aereo classe turistica o treno 1°classe) dei Familiari Diretti purché assicurati come Assicurati Aggiuntivi. La prestazione è operante qualora l'Assicurato Aggiuntivo sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

Art. 5- Assistenza ai Minori

Qualora in caso di ricovero indennizzabile, l'Assicurato non possa curarsi dei figli minori in viaggio con lui, la Centrale Operativa mette a disposizione di un Familiare Diretto o di un'altra persona designata dall'Assicurato od eventualmente dal coniuge, un biglietto A/R in treno 1° classe od aereo classe turistica,

per raggiungere i minori e ricondurli al domicilio. La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

Art. 6- Servizio Baby-Sitter

In caso di attivazione della a favore di un Familiare Diretto dell'Assicurato, la Centrale Operativa di Assistenza organizzerà un servizio di Baby-Sitter dal giorno della partenza del Familiare Diretto. I costi del servizio saranno tenuti a carico della Società per i primi tre giorni di erogazione del servizio, dal quarto giorno in poi il servizio dovrà essere pagato dall'Assicurato se interessato al proseguimento della prestazione.

Art. 7- Monitoraggio del ricovero ospedaliero

In caso di ricovero indennizzabile, il Servizio Medico di Centrale Operativa è a disposizione, come punto di riferimento, per eventuali comunicazioni e aggiornamenti sul decorso clinico da dare ai familiari dell'Assicurato.

Parte VI - Tutela del viaggio di lavoro

Art. 1- Annullamento del Viaggio di lavoro

La Società garantisce un indennizzo fino a € 10.000,00 (diecimila) per viaggio in caso di annullamento del Viaggio di Lavoro Assicurato all'Estero.
L'indennizzo è garantito solo se la causa dell'annullamento del viaggio si verifichi prima della data di partenza prevista e successivamente alla prenotazione del viaggio e salvo che non sia stata attivata garanzia.

L'indennizzo sarà dovuto esclusivamente se la causa dell'annullamento sia una delle seguenti:

- morte o ricovero improvviso dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio;
- morte o ricovero improvviso di un Familiare Diretto dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio;
- morte o ricovero improvviso della persona con cui l'Assicurato deve effettuare il viaggio o con cui deve incontrarsi durante lo stesso;
- quarantena sanitaria obbligatoria imposta all'Assicurato che deve intraprendere il viaggio;
- convocazione dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio per la partecipazione ad un processo civile o penale in veste di giurato o testimone;
- incendio della dimora abituale dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio tale da renderla inagibile.

L'indennizzo è dovuto solo per le seguenti spese di viaggio giustificate:

- per gli anticipi già pagati e non rimborsabili relativi all'acquisto dei titoli di viaggio e delle sistemazioni alberghiere e non coperti da altre assicurazioni operanti sui contratti di viaggio stessi o comunque non recuperabili altrimenti;
- per i pagamenti relativi all'acquisto dei titoli di viaggio e delle sistemazioni alberghiere dovuti contrattualmente e non coperti da altre assicurazioni operanti sui contratti di viaggio stessi o comunque non recuperabili altrimenti.

Art. 2 - Modifica del Viaggio di lavoro

La Società garantisce un indennizzo fino a €10.000,00 (diecimila) per viaggio in caso di forzata modifica del Viaggio di Lavoro Assicurato all'Estero.
L'indennizzo è garantito solo se la causa della modifica del viaggio si verifichi durante lo svolgimento del viaggio successivamente alla partenza e salvo che non sia stata attivata garanzia. Le cause per cui è possibile attivare la presente garanzia sono:

- morte o ricovero improvviso di un Familiare Diretto dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio;
- morte della persona con cui l'Assicurato sta effettuando il viaggio o con cui deve incontrarsi durante lo stesso;
- convocazione dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio per la partecipazione ad un processo civile o penale in veste di giurato o testimone;
- incendio della dimora abituale dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio tale da renderla inagibile.

L'indennizzo è dovuto solo per le seguenti spese di viaggio giustificate:

- per i pagamenti relativi all'acquisto dei titoli di viaggio e delle sistemazioni alberghiere non goduti e comunque dovuti contrattualmente, a condizione che non siano coperti da altre assicurazioni operanti sui contratti di viaggio stessi o comunque non siano recuperabili altrimenti;
- per i costi aggiuntivi di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti per il rientro nel Paese di Residenza Principale o per il proseguimento del viaggio se non viene effettuato il ritorno nel Paese principale di Residenza.

In alternativa la Centrale Operativa di Assistenza organizzerà, e la Società terrà in carico, il rientro anticipato (treno 1° classe o aereo classe economica) dell'Assicurato per i casi previsti.

Art. 3- Sostituzione

Nel caso in cui l'Assicurato debba essere rimpatriato a seguito di infortunio o malattia, la Centrale Operativa di Assistenza per conto dell'Impresa mette a disposizione di un incaricato della Contraente dallo steso indicato un biglietto ferroviario a/r (1° classe) o aereo a/r (classe economica) per permettere ad un collega di sostituire l'Assicurato nel suo incarico.

Art. 4- Ritardo del viaggio di lavoro

La Società rimborserà fino a €1.500,00 (millecinquecento) per Assicurato per ogni ritardo superiore alle 4 ore nella partenza e/o nel rientro di un Viaggio di Lavoro operato da un Vettore Comune, salvo che non sia stata attivata garanzia.
In entrambi i casi sarà effettuato il rimborso di:

- qualsiasi biglietto aereo, ferroviario o marittimo già pagato, non utilizzato e non rimborsabile per causa del ritardo verificatosi;
- qualsiasi biglietto aereo, ferroviario o marittimo acquistato in sostituzione del precedente;
- qualsiasi ragionevole spesa verificatasi per i pasti e per l'alloggio necessari a causa del ritardo verificatosi e che non siano stati forniti gratis dal Vettore Comune;
- il costo del trasferimento da e per il luogo di partenza del viaggio operato dal Vettore Comune.

Art. 5- Cosa fare in caso di Ritardo del Viaggio di Lavoro

In caso di richiesta d'indennizzo per il Ritardo del Viaggio di Lavoro bisognerà trasmettere alla Società, con le ricevute delle spese sostenute:

- certificato del vettore che confermi il ritardo nella partenza e/o arrivo del viaggio;
- la con ferma della prenotazione del viaggio o copia della carta d'imbarco o copia del titolo di viaggio convalidato.

Art. 6- Esclusioni Annullamento e Modifica del Viaggio di Lavoro

La Società non risarcirà le spese sostenute in conseguenza di:

- interruzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato con la Contraente dovute a licenziamento, dimissioni, scadenza del contratto di lavoro o cassa integrazione avvenuto entro un mese dalla data di partenza del Viaggio Assicurato;
- interruzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato con la Contraente dovute a licenziamento, dimissioni, scadenza del contratto di lavoro o cassa integrazione avvenuto successivamente alla partenza del Viaggio Assicurato.

Parte VII - Tutela dei beni personali ed aziendali

Art. 1- Perdita, Furto e Danneggiamento

La Società indennizzerà l'Assicurato, entro il limite di € 7.500,00 (settemilacinquecento) per Viaggio Assicurato, in caso di:

- furto o rapina documentati dei Beni Personali e/o Aziendali;
- danneggiamento a seguito di tentato furto o rapina dei Beni Personali e/o Aziendali;
- perdita o danneggiamento causati ai Beni Personali e Aziendali dal Vettore Comune.

Verrà pagato il minor valore tra il valore uguale al valore originale in contanti meno il deprezzamento, come determinato dalla Società, e il costo della sostituzione o il costo della riparazione. Verrà applicata una franchigia di €100,00 per ogni richiesta d'indennizzo.
Il limite di indennizzo di € 7.500,00 (settemilacinquecento) si intende unico sia per i Beni Personali che per i Beni Aziendali. I sottolimiti di indennizzo previsti alle successive disposizioni sui "Beni personali" ed i "Beni aziendali" si intendono a concorrenza del limite unico di € 7.500,00 (settemilacinquecento).

Art. 2 - Beni Personali

Per Beni Personali si intendono il bagaglio e gli effetti personali di proprietà e in possesso dell'Assicurato. Sono inclusi valigie, bauli e bagaglio a mano come anche il loro contenuto. La definizione di Beni Personali non comprende i Beni Aziendali affidati dalla Contraente all'Assicurato e i Documenti di Viaggio come di seguito definiti.

- L'indennizzo per i seguenti Beni Personali sarà limitato ad un massimo di €1.500,00 (millecinquecento) per ciascuno dei seguenti oggetti:
- gioielli e preziosi;
- opere d'arte e artigianato;
- orologi;
- apparecchi Elettrici/Elettronici;

- occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici, arti artificiali, denti artificiali o ponti dentali.

Art. 3- Beni Aziendali

Sono considerati Beni Aziendali oggetto della presente copertura gli oggetti di proprietà della Contraente, o da esso inventariati, affidati durante il Viaggio Assicurato al dipendente Assicurato e facenti parte del suo bagaglio. I beni devono essere in possesso dell'Assicurato o sotto il suo controllo per poter essere oggetto della presente garanzia.
L'indennizzo per i Beni Aziendali verrà effettuato direttamente alla Contraente Assicurato entro il limite di €2.500,00 (duemilacinquecento) e applicando uno scoperto del 25% con il minimo di €100,00 (cento).

Art. 4- Esclusioni Perdita, Furto e Danneggiamento

Restano escluse indennità per perdite, furti o danni a:

- documenti e titoli di viaggio salvo quanto disposto dal successivo paragrafo sui "Documenti di viaggio", denaro e carte di credito salvo quanto disposto dal successivo paragrafo sulla "Perdita di denaro", azioni e obbligazioni;
- qualsiasi bagaglio o effetto personale trasportati in un veicolo. La presente esclusione non è operante per il Vettore Comune (sezione 1 – Definizioni);
- qualsiasi Bene Personale/Aziendale lasciato incustodito.

Non verranno fornite indennità per ogni danno risultante anche solo in parte da:

- uso e logorio o graduale deterioramento;
- insetti o vermi;
- vizio intrinseco o danno non conseguente a tentato furto o di cui non sia responsabile il Vettore Comune;
- applicazione di leggi, regolamenti o direttive, emanate o date da qualsiasi Governo o Ente Pubblico
- confisca o espropriazione su ordine di un governo o autorità pubblica;
- confisca per distruzione in caso di quarantena o disposizione della dogana;
- trasporto di contrabbando o commercio illegale.

Sono espressamente esclusi dalla garanzia: i campionari; i beni prodotti o distribuiti dalla Contraente assicurato; i beni di proprietà di terzi affidati alla assicurato per riparazioni, test o sostituzioni.

Art. 5- Cosa fare in caso di Perdita, Furto e Danneggiamento

In caso di richiesta d'indennizzo, se un Bene Personale/Aziendale coperto viene smarrito o danneggiato, l'Assicurato o la Contraente devono:

- notificare il fatto alla Società il prima possibile;
- intraprendere le azioni necessarie a proteggere, salvare e/o recuperare il Bene Personale/Aziendale assicurato;
- darne immediata notizia al vettore o al depositario che è o potrebbe essere responsabile per la perdita o il danno;
- notificare alla polizia o ad altre autorità in caso di rapina o furto, entro le 24ore;
- presentare per iscritto alla Società una dichiarazione per richiesta d'indennizzo, che menzioni o comprenda:
    - riferimento al numero della polizza;

- le circostanze dettagliate del furto, perdita o deterioramento del Bene Personale/Aziendale;
- ladichiarazionedellaperdita,furtoodeterioramentocompletatadalvettoreseèapplicabile,edalP.I.R. (Passenger Irregular Report – tagliando di reclamo) in originale;
- una lista dei Beni Personali/Aziendali che siano stati perduti o rubati o danneggiati, ed anche la natura del danno;
- la data ed il luogo di acquisto del Bene Personale/Aziendale ed anche la ricevuta e/o fattura proforma per questi oggetti;
- i conti delle riparazioni e le ricevute degli eventuali acquisti fatti;
- documentazione di denuncia rilasciata dalle Autorità di polizia del luogo ove è avvenuto il sinistro e dalle parti responsabili del danno.

Ogni somma pagata dalla Società sarà in eccedenza su ogni ammontare pagato o pagabile dal Vettore Comune o da terzi responsabili per la perdita ed in eccedenza su tutte le altre assicurazioni valide e esigibili.

Art. 6- Documenti di Viaggio

In caso di perdita, furto o danneggiamento durante il Viaggio di Lavoro di uno o più dei seguenti documenti ("Documenti di Viaggio"):

- documenti d'identità;
- visto per l'ingresso in un Paese;
- titoli di viaggio;
- altri documenti indispensabili per il proseguimento del Viaggio di Lavoro Assicurato.

L'Assicurato sarà indennizzato fino alla concorrenza di €2.500,00 (duemilacinquecento) delle maggiori spese di trasporto e alberghiere sostenute per la sostituzione di quanto sopra previsto. Le spese alberghiere saranno rimborsate con il limite di €300,00 (trecento) al giorno. La Centrale Operativa fornirà informazioni su cosa fare in caso di perdita dei documenti ed organizzerà in accordo con l'Assicurato l'eventuale modifica del Viaggio necessaria per la sostituzione degli stessi, se necessaria al proseguimento delViaggio.

Art. 7- Perdita di Denaro

La Società risarcirà l'Assicurato per il furto di Denaro e titoli di credito o per la perdita finanziaria sofferta a seguito di uso fraudolento della Carta di Credito/Debito/Revolving subiti durante il Viaggio di Lavoro Assicurato fino al limite massimo di € 2.500,00 (duemilacinquecento) per sinistro.
Il denaro contante (monete e banconote) e i traveler's cheques acquistati per il Viaggio di Lavoro Assicurato sono coperti dal momento del loro prelevamento, se avvenuto nei 5 giorni antecedenti la partenza del Viaggio di Lavoro, fino ai 5 giorni successivi il termine dello stesso.

Art. 8- Ritardo Bagaglio

In caso di ritardo del bagaglio durante il Viaggio di Lavoro, la Società rimborserà all'Assicurato la somma per l'acquisto dell'abbigliamento necessario e articoli da toilette fino ad un massimo di € 500,00 (cinquecento) per ciascun ritardo e per ciascun Assicurato se il bagaglio, che era stato opportunamente registrato e posto sotto la responsabilità della compagnia aerea con la quale l'Assicurato stava viaggiando, arriva con più di 4 ore di ritardo sull'orario di arrivo alla destinazione.

Art. 9- Esclusioni Ritardo Bagaglio

Nessun rimborso sarà dovuto:

- per reclami non dichiarati a persone competenti della compagnia aerea non appena l'Assicurato viene a conoscenza che il bagaglio è in ritardo o è andato perduto;
- per ogni capo d'abbigliamento o articoli da toilette che l'Assicurato ha acquistato più di 2 giorni dopo il momento reale del suo arrivo all'aeroporto di destinazione;
- quando il ritardo del bagaglio avviene nel viaggio di ritorno al normale domicilio dell'Assicurato;
- per acquisti fatti dopo la consegna del bagaglio dell'Assicurato da parte della compagnia aerea;
- in caso di confisca od espropriazione su ordine di ogni autorità pubblica o di governo.
- cancellazioni del servizio di trasporto da parte della autorità aeroportuali/ferroviarie/portuali almeno 24 ore prima dell'inizio del viaggio;
- in caso di scioperi o altre azioni dei lavoratori di società di trasporto e di servizi al trasporto annunciate almeno 24 ore prima dell'inizio del viaggio;
- applicazione di leggi, regolamenti o direttive, emanate o date da qualsiasi Governo o Ente Pubblico;
- temporanea o definitiva sospensione del servizio dovuta agli ordini o alle raccomandazioni di qualsiasi pilota, Governo o Ente Pubblico, inclusi a titolo esemplificativo gli ordini o le raccomandazioni di qualsiasi Ministero dei Trasporti, Autorità Portuale, Ente di Aviazione o organismo equivalente. La presente esclusione non si applica a rinvii, cancellazioni e/o interruzioni causate dalla temporanea sospensione del servizio per motivi correlati a condizioni meteorologiche.
- insolvenza finanziaria, errore o omissione da parte di qualsiasi operatore turistico, vettore o agenzia di viaggio.

Art. 10- Cosa fare in caso di Ritardo

In caso di richiesta d'indennizzo:

- per ottenere l'indennizzo bisognerà trasmettere alla Società tutte le ricevute per gli acquisti relativi al ritardo, biglietto in originale di trasporto, un certificato compilato dal vettore che certifichi che il bagaglio non è stato consegnato entro le 4 ore successive all'arrivo all'aeroporto di destinazione, carta d'imbarco e il tagliando di reclamo (P.I.R. - Passenger Irregular Report) rilasciato dalla compagnia aerea.

Parte VIII - Responsabilità civile verso terzi

Art. 1- Oggetto dell'Assicurazione

La Società risponderà delle somme che l'Assicurato sarà tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di Legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per i danni involontariamente cagionati a Terzi per morte, lesioni personali e danni a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione alla sua partecipazione al Viaggio Assicurato.
La denuncia del sinistro alla Società dovrà essere inviata entro 180 giorni dalla fine del periodo assicurativo.
La garanzia è prestata fino alla concorrenza massima complessiva, per evento, Viaggio di Lavoro Assicurato e annualità assicurativa di € 5.000.000,00 (cinque milioni).

Art. 2 - Esclusioni

Nessun risarcimento sarà dovuto per qualsiasi responsabilità derivante all'Assicurato da:

a. danni per morte e lesioni personali involontariamente cagionati e subiti da persone aventi con l'Assicurato o con la Contraente un contratto di lavoro dipendente, di consulenza o di tirocinio, quando tali eventi accadano in occasione dello svolgimento delle proprie mansioni a favore della Contraente o dell'Assicurato;
b. proprietà, possesso, occupazione da parte dell' Assicurato di terreni, fabbricati, o altri beni immobili, non in via provvisoria;
c. qualunque atto volontario, doloso o comunque illecito compiuto dall'Assicurato;
d. esercizio da parte dell'Assicurato della propria professione o attività lavorativa;
e. svolgimento di gare;
f. qualsiasi perdita di natura non pecuniaria;
g. qualsiasi danno causato da animali posseduti o custoditi dall'Assicurato o da persone di cui è legalmente responsabile;
h. perdita o deterioramento accidentale di beni appartenenti, affidati o dati in custodia o da controllare all'Assicurato, alla Contraente, ad un qualsiasi loro dipendente, ad un qualsiasi membro delle famiglie della Contraente, dell'Assicurato o di un loro dipendente, o ad un domestico del cui operato la Contraente, l'Assicurato o un loro dipendente debba rispondere;
i. danni provocati dagli o agli edifici di proprietà, affittati o occupati dall'Assicurato;
j. danni provocati dall'Assicurato a beni di proprietà o in affitto della Contraente o danni a persone dipendenti o collaboratori della Contraente;
k. danni derivanti dalla proprietà, possesso, uso e guida di veicoli, imbarcazioni, o mezzi di trasporto in genere;
l. qualsiasi richiesta di risarcimento presentata in connessione con il fatto che l'Assicurato era in uno stato di infermità mentale, o sotto l'influenza di droghe (fatta eccezione per le sostanze medicinali prescritte da un medito autorizzato), di bevande alcoliche o di solventi inebrianti;
m. responsabilità per le quali sia previsto un risarcimento in base ad un qualsiasi altro contratto di assicurazione che copra l'Assicurato;
n. qualsiasi responsabilità derivante da un infortunio occorso ai suoi Familiari Diretti;
o. qualsiasi richiesta d'risarcimento derivante da malattie veneree, malattie trasmesse sessualmente, AIDS o sindromi correlate;
p. responsabilità derivante all'Assicurato in forza di clausole o impegni previsti da qualunque contratto sottoscritto o accettato da questi o dalla Contraente, a meno che tale responsabilità non sussista in capo all'Assicurato indipendentemente dalla espressa previsione in tale contratto.

Art. 3- Cosa fare in caso di sinistro

L'Assicurato deve astenersi dal fare alcuna ammissione della sua responsabilità, dal fare offerte o pagamenti, senza l'autorizzazione scritta della Società.
L'Assicurato deve mettersi in contatto con la Società non appena venga a conoscenza di un qualsiasi evento coperto da questa polizza che possa implicare danni fisici o materiali per altre persone. Nel caso che, a causa di una dichiarazione tardiva, vengano pregiudicati gli interessi della Società, l'Assicurato perderà qualsiasi diritto di risarcimento.

La Società potrà a sua discrezione, con le modalità che riterrà più opportune, e fino a quando ne abbia interesse, assumere la gestione di vertenze di danno tanto in sede giudiziale che extragiudiziale in azioni promosse nei confronti dell'Assicurato, potendo a tal fine agire anche a nome dell'Assicurato stesso.
La Società potrà intraprendere azioni legali, a proprie spese e nel proprio esclusivo interesse, per ogni richiesta di risarcimento per danni o indennizzi nei confronti di qualunque altro soggetto terzo.
L'Assicurato fornirà alla Società piena assistenza nell'attività di difesa o di esercizio dell'azione legale per qualsiasi richiesta di risarcimento; a tale scopo fornirà alla Società tutti i documenti e tutte le informazioni di cui dispone.

Parte IX - Spese legali

Art. 1- Assistenza legale e anticipo cauzione penale all'estero

In caso di arresto o minaccia di arresto dell'Assicurato all'Estero a seguito di violazione del codice della strada, la Centrale Operativa di Assistenza rimborserà i costi di difesa legale sino a € 5.000,00 (cinquemila).
In caso di arresto o minaccia di arresto dell'Assicurato a seguito di violazione del codice della strada all'estero, la Centrale Operativa di Assistenza per conto della Società accorderà un anticipo fino a € 50.000,00 (cinquantamila) per l'invio di una garanzia di cauzione.
L'Assicurato disporrà di 90 giorni dalla data in cui è stato effettuato l'anticipo per rimborsare questa somma alla Società. Se l'ammontare della cauzione viene rimborsato dalle Autorità locali entro il tempo limite, l'Assicurato è tenuto a restituirlo immediatamente alla Società. La Società si riserva il diritto di agire per vie legali qualora l'importo anticipato a titolo di cauzione non venga rimborsato dall'Assicurato entro il tempo limite concesso.

Parte X - Infortuni

Le garanzie della presente sezione sono prestate per la somma assicurata richiamata nel Certificato di Assicurazione, relativamente agli Assicurati ivi indicati. Nel caso non sia indicata nessuna somma assicurata per il caso di Morte ed Invalidità da infortunio la garanzia non è prestata.

Art. 1- Oggetto dell'Assicurazione

È considerato Infortunio l'evento che sia dovuto a causa fortuita violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.
L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante il Viaggio Assicurato a condizione che la garanzia sia stata richiamata nel frontespizio di polizza.
Sono considerati infortuni ai sensi della presente polizza:

a. l'asfissia non di origine morbosa;
b. l'annegamento;
c. l'assideramento o il congelamento;
d. i colpi di sole o di calore, influenze termiche ed atmosferiche;
e. le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti;
f. le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:

- nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di indennità permanente non superiore al 10% (dieci percento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- qualora sorga una contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico;
- se l'infortunio determina ernia operabile, verrà corrisposta un'indennità per il caso di Inabilità Temporanea, sempreché sia previsto in polizza fino ad un periodo di giorni 30 successivi a quello dell'infortunio.

g. le punture di insetti (escluso la malaria), morsi di rettili e animali;
h. il contatto accidentale con corrosivi.

Sono compresi in garanzia anche:

a. gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo terrestre o natante a motore a condizione che l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato in conformità alle disposizioni di legge in vigore. Nel caso il documento comprovante l'abilitazione sia scaduto da meno di tre mesi alla data dell'infortunio e sia stato rinnovato entro 30 giorni da tale data la copertura si intende comunque operante. L'estensione è inoltre valida solo se l'Assicurato quando alla guida del veicolo non presenti un tasso alcolemico uguale o superiore a 1g/litro, ovvero non si trovi in uno stato di abuso di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
b. gli infortuni subiti in stato di improvviso malore o di incoscienza, purché non conseguenti a malattie croniche accertate che abbiano comportato infermità gravi e/o permanenti e le conseguenze del diabete;
c. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
d. gli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
e. gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
f. gli infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile ai sensi di polizza.

Art. 2 - Attività temerarie

In caso di morte o invalidità permanente determinata da un Infortunio derivante da una delle seguenti attività:
a. alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala Monaco;
b. speleologia effettuata in solitario;
c. immersione con autorespiratore oltre i 18 metri di profondità.

Si applica un sottolimite pari al 50% della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali indicata nel Certificato di Assicurazione, con il massimo di €100.000,00 (centomila).
Non rientrano in garanzia le attività per le quali l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.

Art. 3- Rischi sportivi

La presente garanzia si intende operante anche per gli infortuni occorsi all'Assicurato durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo. Non rientrano in tale definizione le attività sportive dove l'Assicurato

percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese e quelle rientranti tra le attività temerarie di cui sopra.
In caso di morte o di invalidità permanente causata da un infortunio occorso durante la pratica di sport aerei in genere e per il paracadutismo, si applica un sottolimite pari al 50% del massimale previsto per le attività extraprofessionali indicata nel Certificato di Assicurazione, con il massimo di € 100.000,00 (centomila).

Art. 4- Guida di mezzi speciali

La presente garanzia vale anche per gli infortuni occorsi all'Assicurato se alla guida di aeromobili e/o mezzi di locomozione aerea e subacquea, con l'applicazione di un sottolimite pari al 50% della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali indicata nel Certificato di Assicurazione, con il massimo di €100.000,00 (centomila).
Non rientrano in garanzia le attività per le quali l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.

Art. 5- Rischio volo

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre effettua in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) viaggi aerei su qualunque tipo di aeromobile (compresi gli elicotteri). Il viaggio si intende iniziato con la salita a bordo dell'aeromobile e terminato con l'abbandono dello stesso.
In caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 30.000.000,00 (trentamilioni).
La somma complessiva che precede si intende unica per tutti i certificati della presente polizza e per tutte le polizze stipulate dalla Contraente – o per il suo tramite in qualità di Associato ad una Cassa di Assistenza - con la Società per il rischio infortuni.
Resta convenuto che la somma di € 30.000.000,00 (trentamilioni) rappresenta la somma complessiva massima indennizzabile per sinistro dalla Società per tutti gli infortuni aeronautici così come definiti nel presente articolo di polizza.
Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

Art. 6- Limite d'indennizzo

Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 50.000.000,00 (cinquantamilioni), fatto salvo quanto previsto in relazione al Rischio Volo.

La somma complessiva che precede si intende unica per tutti i certificati della presente polizza e per tutte le polizze stipulate dalla Contraente – o per il suo tramite in qualità di Associato ad una Cassa di Assistenza - con la Società per il rischio infortuni.
Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

Art. 7- Indennizzo di morte

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto. Tale somma viene liquidata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno dopo la scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/privato, non escluso dalle condizioni di polizza, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Art. 8- Indennizzo per invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno dal quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche.
La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.
Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.
La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.
Per la singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.
L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
In caso di perdita totale della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

Art. 9- Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 10- Rimborso spese mediche da infortunio

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile ai termini della presente sezione, anche qualora lo stesso non abbia comportato come conseguenza una invalidità permanente e l'Assicurato necessiti di cure mediche, la Società rimborserà allo stesso, in aggiunta al massimale e alle spese già previste alla sezione 5, il costo delle cure mediche sostenute fino a concorrenza, per ogni evento, di € 25.000,00 (venticinquemila) e con applicazione di una franchigia di € 100,00 (cento). Per cure mediche si intendono:

a. spese ospedaliere o cliniche;
b. onorari a medici e a chirurghi;
c. spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi di trasporto speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
d. spese fisioterapeutiche in genere, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante;
e. spese per la prime protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per le operazioni di plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.
Resta inteso che, ove l'Assicurato abbia attivato la copertura, le predette somme potranno essere rimborsate un'unica volta, senza alcuna duplicazione.

Art. 11- Franchigia

Non si farà luogo a indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% (tre per cento) dell'Invalidità Permanente Totale. Se l'Invalidità Permanente supererà il 3% (tre per cento) dell'Invalidità Permanente Totale verrà corrisposto solo per la parte eccedente. Nel caso l'Invalidità Permanente sarà pari o superiore al 15% (quindici per cento) dell'Invalidità Permanente Totale l'indennizzo verrà corrisposto integralmente.

Art. 12 - Lifesaver

L'assicurazione infortuni si intende estesa per la somma di € 25.000,00 (venticinquemila) per il caso morte e invalidità permanente alla persona che, non compresa nel novero degli Assicurati della presente polizza, incorrerà in un infortunio durante il tentativo di portare soccorso ad un Assicurato che si trovi in pericolo di vita. L'assicurazione sarà prestata alle condizioni tutte previste in questa sezione.
La presente estensione sarà operativa anche se la garanzia infortuni non è stata attivata dalla Contraente.

Art. 13- Commorienza

Se a causa di Infortunio determinato dal medesimo evento consegue la morte dell'Assicurato e del coniuge, non separato, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni – se conviventi ed in quanto beneficiari – sarà aumentata del 50% (cinquanta per cento). Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale.
Resta in ogni caso convenuto che il massimo esborso a carico della Società, per tale titolo, non potrà superare l'importo di € 50.000,00 (cinquantamila) e che l'applicazione della presente Condizione Aggiuntiva rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione del capitale assicurato per il caso di morte.
Tale garanzia non opera in caso di infortuni occorsi durante la pratica di Attività Temerarie, Rischi Sportivi e Guida di Mezzi Speciali.

Art. 14- Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinano, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla direzione della Società, entro 30giorni dall'infortunio e dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano ragionevolmente avuto la possibilità.
Successivamente L'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso scritto alla Società.
L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 15- Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. Pertanto l'influenza che l'Infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

Art. 16- Cumulo di indennizzi caso morte ed invalidità permanente

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria.

Parte XI - Rischio guerra

Art. 1- Definizione rischio guerra

Per guerra si intende ogni attività derivante dalla partecipazione effettiva o tentata nell'uso di forza militare tra nazioni. Rientrano nella definizione di guerra la guerra civile, le rivoluzioni e le invasioni.

Art. 2 - Operatività

L'assicurazione vale in caso di atti di guerra secondo le modalità previste nella presente sezione. Sono escluse dall'estensione al rischio guerra le coperture di cui alla sezione "Assistenza: Modalità operative" secondo quanto disposto al paragrafo relativo alle "Circostanze eccezionali".

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza di atti di guerra al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino o del Paese di Residenza Principale dell'Assicurato.

Parte XII - Estensioni speciali

Art. 1- Anticipo Spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese impreviste conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la Centrale Operativa provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino all'importo di € 10.000,00 (diecimila) a fronte di adeguata garanzia ritenuta idonea dalla Centrale Operativa. Resta inteso che detto anticipo dovrà essere restituito, alla Società dopo il rientro alla residenza e, comunque non oltre 30 giorni di calendario.

Art. 2 - Interprete a disposizione all'estero

La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'Estero o di procedura giudiziaria nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'estero, organizzerà il reperimento di un interprete e la Società se ne assumerà il costo fino a € 2.500,00 (duemilacinquecento).

Art. 3- Spese telefoniche

La Società prenderà in carico le eventuali spese documentate che si rendessero necessarie al fine di contattare la Centrale Operativa fino a concorrenza di € 100,00 (cento) per sinistro.

Art. 4- Segnalazione di un medico all'estero

Quando successivamente alla segnalazione alla Centrale Operativa di un infortunio o malattia emerge la necessità che l'Assicurato si sottoponga ad una visita medica, la Centrale Operativa segnalerà un medico nella zona in cui l'Assicurato si trova compatibilmente con le disponibilità locali.

Parte XIII - Crisis Guard

Art. 1- Cancellazione e Interruzione del Viaggio di Lavoro

In caso di scoppio di una improvvisa e imprevedibile Situazione di Crisi durante il Viaggio di Lavoro, nel paese ospitante il viaggio stesso, o nei 14 giorni immediatamente antecedenti il suo inizio, la Società rimborserà, fino ad un importo complessivo massimo di € 50.000,00 (cinquantamila) per tutte le persone assicurate dalla Contraente e per periodo assicurativo, le spese come di seguito descritte, salvo che non sia stata attivata la garanzia di cui alla sezione "Tutela del viaggio di lavoro":

- cancellazione del viaggio prima della partenza: la Società rimborserà il costo dei titoli di viaggio e delle sistemazioni alberghiere non goduti e comunque dovuti contrattualmente, a condizione che non siano coperti da altre assicurazioni operanti sui contratti di viaggio stessi o comunque non siano recuperabili altrimenti;
- interruzione del viaggio: la Società rimborserà i costi aggiuntivi di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato per il rientro nel Paese di Residenza Principale;

- modifica del viaggio successiva alla partenza: la Società rimborserà i costi aggiuntivi di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato per il rientro nel Paese di Residenza Principale o per il proseguimento del viaggio se non viene effettuato il ritorno nel Paese Principale diResidenza;
- ritardo del viaggio superiore alle 4 ore: la Società rimborserà i costi aggiuntivi di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato entro il limite massimo di € 1.500,00(millecinquecento);
- prolungamento del viaggio: la Società rimborserà i costi aggiuntivi di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato.

Art. 2 - Contenimento della Situazione di Crisi & Evacuazione

La Compagnia rimborserà i costi connessi all'attivazione del servizio di Crisis Consultants, nella misura in cui gli stessi siano strettamente necessari e ragionevoli e fino ad un importo complessivo massimo di € 50.000,00(cinquantamila) per tutte le persone assicurate dalla Contraente e per anno assicurativo, in caso di scoppio, nel paese ospitante il Viaggio di Lavoro, di una improvvisa e imprevedibile Situazione di Crisi che metta a repentaglio la vita degli Assicurati.
Al fine di poter accedere al servizio di contenimento della Situazione di Crisi ed avere diritto alla eventuale prestazione, la Contraente, l'Assicurato o i loro rappresentanti devono dare immediata notizia di ogni Situazione di Crisi al servizio di Crisis Consultants telefonando al seguente numero:
CRISIS CENTER HOTLINE ……
La suddetta linea è una linea telefonica d'emergenza attiva 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno.
La presente garanzia è limitata ai costi di Crisis Consultants sostenuti dal momento della ricezione della denuncia della Situazione di Crisi da parte della Compagnia, sino ai 30 giorni successivi alla ricezione stessa.
Resta inteso che la Compagnia resta del tutto estranea ai servizi di consulenza prestati da tali soggetti, limitandosi a metterli in contatto con l'Assicurato ai fini della prestazione dei servizi di consulenza nella Situazione di Crisi, nonché ad offrire copertura dei relativi costi, nei limiti di seguito precisati in Polizza.

Art. 3- Limite di età

Ai fini della presente assicurazione e solo per la garanzia infortuni, salvo il caso di deroga concordato con la Società, al compimento dell'ottantacinquesimo anno di età dell'Assicurato, il capitale assicurato s'intende ridotto del 50%(cinquantapercento) entro il limite massimo di € 100.000,00(centomila).
Per le rimanenti coperture assicurative non operano limiti di età. Per le persone assicurate in forma nominativa con più di 65 anni, la Società si riserva tuttavia il diritto di richiedere la sottoscrizione di una dichiarazione di buona salute attestante l'idoneità a compiere viaggi.

SEZIONE IV - CONDIZIONI PARTICOLARI POLIZZA INFORTUNI DIRIGENTI E DIPENDENTI

Parte I - Rischi coperti e capitali assicurati

Categoria 1 - Dirigenti

Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali, subiti dagli assicurati della Contraente compreso il rischio in itinere.

Capitali assicurati

L'Assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:
- morte (5 volte la R.A.L. con il massimo di 820.000,00 euro);
- invalidità permanente (6 volte la R.A.L. con il massimo di 980.000,00 euro);
- rimborso spese mediche da infortunio (5.000,00 euro);
- premio anticipato (calcolato su preventivo retribuzioni ..... euro);
- regolazione (sulla base delle retribuzioni a consuntivo);
- tasso annuo lordo (.....‰);
- premio annuo lordo (.....euro).

Categoria 2 - Quadri

Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali, subiti dagli assicurati della Contraente compreso il rischio in itinere.

Capitali assicurati

L'Assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:
- morte (4 volte la R.A.L. con il massimo di 400.000,00 euro);
- invalidità permanente (5 volte la R.A.L. con il massimo di 500.000,00 euro);
- rimborso spese mediche da infortunio (5.000,00 euro);
- premio anticipato (calcolato su preventivo retribuzioni ..... euro);
- regolazione (sulla base delle retribuzioni a consuntivo);
- tasso annuo lordo (.....‰);
- premio annuo lordo (.....euro).

Categoria 3 - Impiegati

Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali, subiti dagli assicurati della Contraente compreso il rischio in itinere.

Capitali assicurati

L'Assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:
- morte (4 volte la R.A.L. con il massimo di 250.000,00 euro);
- invalidità permanente (5 volte la R.A.L. con il massimo di 300.000,00 euro);
- rimborso spese mediche da infortunio (5.000,00 euro);

- premio anticipato (calcolato su preventivo retribuzioni ..... euro);
- regolazione (sulla base delle retribuzioni a consuntivo);
- tasso annuo lordo (.....‰);
- premio annuo lordo (.....euro).

Categoria 4 - Operai

Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali, subiti dagli assicurati della Contraente compreso il rischio in itinere.

Capitali assicurati

L'Assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:
- morte (4 volte la R.A.L. con il massimo di 130.000,00 euro);
- invalidità permanente (5 volte la R.A.L. con il massimo di 160.000,00 euro);
- rimborso spese mediche da infortunio (5.000,00 euro);
- premio anticipato (calcolato su preventivo retribuzioni ..... euro);
- regolazione (sulla base delle retribuzioni a consuntivo);
- tasso annuo lordo (.....‰);
- premio annuo lordo (.....euro).

Categoria 5 - Amministratori

Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali, subiti dagli assicurati della Contraente compreso il rischio in itinere.

Capitali assicurati

L'Assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:
- morte (5 volte la R.A.L. con il massimo di 440.000,00 euro);
- invalidità permanente (6 volte la R.A.L. con il massimo di 528.000,00 euro);
- rimborso spese mediche da infortunio (5.000,00 euro);
- premio anticipato (calcolato su preventivo retribuzioni ..... euro);
- regolazione (sulla base delle retribuzioni a consuntivo);
- tasso annuo lordo (.....‰);
- premio annuo lordo (.....euro).

Si precisa che la dotazione organica dell'Assicurato risulta, alla data del 31 maggio 2019, così costituita:
- n. 5 amministratori;
- n. 4 dirigenti;
- n. 21 quadri;
- n. 132 impiegati
- n. 1 operaio

Parte II - Norme generali

Art. 1 – Definizioni

3. Alle seguenti denominazioni, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

Assicurazione
Il contratto di assicurazione.
Contraente
Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Assicurato
Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, persona fisica sulla cui testa ricade la copertura assicurativa.
Società
L'impresa assicuratrice.
Polizza
Il documento che prova l'assicurazione.
Beneficiario
Il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita.
Premio
La somma dovuta alla Società.
Rischio
La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro
Il verificarsi del fanno dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Indennizzo
La somma dovuta alla Società in caso di sinistro.

Art. 2 – Oggetto dell'assicurazione

1. L'assicurazione vale per gli infortuni descritti nella sezione "Rischi coperti e capitali assicurati".
2. È considerato "infortunio" l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o un'invalidità permanente.
3. È considerata "invalidità permanente" la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
4. È considerata "morte" anche lo stato dichiarato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.
5. Sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:
   - l'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
   - gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostante in genere;
   - le infezioni od avvelenamenti derivanti da morsi o punture in genere;
   - l'annegamento;
   - l'assideramento o congelamento;
   - la folgorazione;
   - i colpi di sole, di calore o di freddo;
   - le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
   - le forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, smottamenti, valanghe e slavine;
6. Si precisa, inoltre, che la garanzia vale anche per gli infortuni più sotto indicati in via esemplificativa e non limitativa derivanti all'Assicurato:

- durante la guida e/o uso di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- per imprudenze, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni in genere, con l'esclusione della partecipazione diretta dell'Assicurato agli eventi.

Art. 3- Pagamento e regolazione del premio

1. La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.
2. Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. A tale scopo, entro 90 (novanta) giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente/Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.
3. Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 60 (sessanta) giorni successivi alla relativa comunicazione da parte della Società. Si precisa che il suddetto termine di 60 giorni decorrerà dalla data di ricevimento del documento di regolazione risultante all'ufficio protocollo del Contraente.

Art. 4 – Rischi esclusi

1. Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:
   a. dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
   b. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dalla successiva disposizione sul "Rischio volo";
   c. da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
   d. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
   e. da guerre o insurrezioni;
   f. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Art. 5 – Rischio volo

1. L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:
   - da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
   - da aeroclubs.
2. La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:
   a. per persona:
      - 1.550.000,00 euro per il caso di morte;
      - 1.550.000,00 euro per il caso di invalidità permanente.
   b. per aeromobile:

- 5.200.000,00 euro per il caso di morte;
- 5.200.000,00 euro per il caso di invalidità permanente.

3. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.
4. Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.
5. La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 6 – Rischio guerra

1. A parziale deroga della disposizione sul "Rischio volo", la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.
2. Limitatamente al rischio aeronautico, l'assicurazione si intende estesa agli eventi conseguenti a rischio guerra con esclusione di sorvoli o soste nei paesi in stato di guerra.

Art. 7 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

1. Il Contraente e/o l'Assicurato comunicheranno per iscritto all'Assicuratore ogni mutamento che comporti un cambiamento o un aggravio del rischio coperto dalle garanzie prestate dalla presente polizza.
2. Le modifiche rilevanti o gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale dei diritti derivanti dalla presente polizza, ai sensi e per gli effetti del Codice Civile.
3. L'eventuale omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte del Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o comunque involontario, non pregiudicheranno questa assicurazione.
4. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato 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 del Codice Civile.
5. Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi all'Amministrazione nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Art. 8 – Altre assicurazioni

1. Se sul medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il Contraente o l'Assicurato è esonerato dall'obbligo di dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori.

Art. 9 – Limite di età

1. Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli assicurati a prescindere dalle loro condizioni di saluti e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dalla successiva disposizione sui "Criteri di indennizzabilità".

2. L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 80 anni. Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.
3. La Contraente è esonerata dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici, o mutilazioni da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 10 – Estensioni territoriali

1. La presente polizza s'intende operante nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti in Italia ed in maniera corrente.

Art. 11 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

1. La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento nonché le cause che lo determinarono, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza l'ufficio incaricato alla gestione delle polizze di assicurazione.
2. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.
3. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato prima possibile avviso alla Società a mezzo lettera, facsimile o altro mezzo documentabile.
4. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 12 – Criteri di indennizzabilità

1. La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure per il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.
2. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 13 – Morte

1. L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.
2. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.
3. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 14 – Invalidità permanente

1. Si conviene quanto segue:

Invalidità permanente assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

- si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di svolgere, per tutta la sua vita, qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

Invalidità permanente parziale

L'indennità per invalidità permanente parziale - fermi i criteri di franchigia operanti - verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in base alle percentuali previste dalla "TABELLA INAIL" di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riportata di seguito.

TABELLA INAIL PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'
DI INVALIDITA' PERMANENTE

DESCRIZIONE	Percentuale		
	des.		sin.
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi		40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa tabella)			
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria: a) con possibilità di applicazione di protesi efficace b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		 11% 30%	

Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio: a) per disarticolazione scapolo-omerale b) per amputazione al terzo superiore	85% 80%		75% 70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	

Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75° a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	 30% 35% 45% 25%		 25% 30% 40% 20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%

DESCRIZIONE	Percentuale		
	des.		Sin.
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	

Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta Che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non Sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un Apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità ma Ove concorra la perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%

2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

- In caso di menomazione binoculare, si procede al conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti dell'entità del vizio di refrazione.
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	15%
di 7/10	18%
di 6/10	21%
di 5/10	24%
di 4/10	28%
di 3/10	32%
Inferiore a 3/10	35%

- In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.
Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto la asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulta compresa in garanzia l'indennità è stabilita come segue:
- se l'ernia è operabile: fino a trenta giorni di indennità per inabilità temporanea, se tale indennità è contemplata in polizza;
- se non risulta operabile: indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.
Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre
diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.
In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.
La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.
Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

Il pagamento dell'indennizzo sarà effettuato con l'applicazione di una franchigia per sinistro pari al 3% che verrà riassorbita nel caso di invalidità permanente pari o superiore al 15%.

Art. 15 – Morte presunta

1. La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle condizioni di assicurazione, verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.
2. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.
3. Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite da questa polizza.

Art. 16 – Inabilità temporanea

1. L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle proprie occupazioni a causa di evento garantito in polizza.
2. Per ogni giorno la Società corrisponderà la somma di euro 50,00 per un massimo di 365 giorni. Tale somma è cumulabile con le altre garanzie previste dalla presente polizza.
3. La Società corrisponderà la somma indicata:
   - al 100% per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere all'attività professionale indicata in Polizza;
   - al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte all'attività professionale dichiarata in Polizza.

   Resta tuttavia inteso che la Società corrisponderà comunque l'indennità giornaliera integralmente, per un periodo massimo di 90 giorni per sinistro e per periodo assicurativo, qualora l'infortunio determini uno o più dei seguenti casi:

   - un Ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni consecutivi;
   - più Ricoveri ospedalieri legati allo stesso Sinistro, la cui singola durata sia stata inferiore a 5 giorni consecutivi ma complessivamente superiore a 30 giorni;
   - un'immobilizzazione di almeno 20 giorni consecutivi, con esclusione di quelle riguardanti le dita;
   - una invalidità permanente di grado accertato pari o superiore al 15%;
   - qualora le prime cure siano prestate e certificate da Pronto Soccorso dipendente da Presidio Ospedaliero e l'incapacità fisica totale e/o parziale si sia esaurita nel termine pronosticato dal primo certificato rilasciato dai sanitari del detto Pronto Soccorso.

   I giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione di una franchigia di 7 giorni, che non troverà applicazione quando l'infortunio comporti un ricovero in istituto di cura pari o superiore a due giorni o un day hospital di un giorno con intervento chirurgico.

Art. 17 – Diaria da ricovero a seguito di infortunio

1. Se in conseguenza ad infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per l'importo di euro 50,00 (senza applicazione di franchigia alcuna), per un periodo massimo di 365 giorni.
2. La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'istituto di cura attestante la durata del ricovero.
3. La garanzia opera nei limiti della somma assicurata in polizza in regime di day hospital reso necessario da infortunio: verrà corrisposto il 50% dell'indennizzo previsto per ricovero ospedaliero.
4. L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente ed inabilità temporanea.

Art. 18 – Liquidazione dell'indennità

1. Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

2. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per cause indipendenti dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.
3. Inoltre, se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte - ove questa fosse superiore - e non chiederà il rimborso nel caso contrario.
4. L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta corrente.

Art. 19 – Modalità di valutazione del danno - controversie

1. Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità sono determinate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno dall'Assicurato, uno dalla Società ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici.
2. Il collegio medico risiede nel Comune, se di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spesa e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenza per terzo medico. È data facoltà al collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal collegio stesso, nel qual caso il collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.
3. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 20 – Assicurazione per conto altrui

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

Art. 21 – Diritto di surrogazione

1. La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 22 – Danni estetici

1. Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro un limite massimo di 5.000,00 euro per evento.

Art. 23 – Rientro sanitario (valido in Italia ed all'estero)

1. La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio o malattia che lo colpiscono nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia fino al limite di 5.000,00 euro per persona assicurata.

Art. 24 – Rientro della salma (valido in Italia ed all'estero)

1. La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di 5.000,00 euro per persona assicurata.

Art. 25 – Rimborso spese mediche da infortunio

1. In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di 5.000,00 euro per persona assicurata.
2. Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'assicurato per le spese sostenute per:
   - onorari dei chirurghi e dell'equipe medica;
   - uso della sala operatoria;
   - rette di degenza in ospedali o cliniche;
   - medicinali prescritti dal medico curante;
   - onorari dei medici;
   - accertamenti diagnostici;
   - trasporto dell'assicurato in ospedale o clinica o presidio medico più vicino;
   - esami di laboratorio;
   - cure e visite mediche;
   - cure di rieducazione, riabilitazione ecc..
3. La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.
4. Le spese sostenute all'estero saranno rimborsate in Italia, in moneta corrente al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato.

Art. 26 – Spese di sepoltura

1. In caso di morte di una persona assicurata per infortunio, indennizzabile in virtù della copertura, la Società rimborserà al beneficiario, le ragionevoli spese di sepoltura o cremazione della persona assicurata da esso sostenute e documentate, entro i limiti di 5.000,00 euro.

Art. 27 – Copertura coma

1. In caso di infortunio che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili dalle quali derivi direttamente uno stato di incoscienza continuo dalla data dell'infortunio che ha causato le lesioni, la Società pagherà al beneficiario 50,00 euro quale indennità assicurata per ogni giorno intero di stato di incoscienza continuo, per un periodo massimo di 365 giorni.

Art. 28 – Identificazione delle persone assicurate

1. Per l'identificazione delle persone assicurate e l'effetto della garanzia farà fede, per tutte le categorie, la documentazione conservata dalla Contraente.

Art. 29 – Esonero denuncia infermità e difetti fisici

1. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità, le mutilazioni o i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 30 – Responsabilità del Contraente

1. Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.
2. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in esse soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di causa sostenute dal Contraente.

Art. 31 – Anticipazione indennizzo

1. In tutti i casi in cui l'infortunio dia luogo ad una invalidità permanente, la Società si obbliga a riconoscere all'assicurato, dietro presentazione dei documenti giustificativi e previa visita da parte del medico fiduciario della Società stessa, un'anticipazione parziale per l'indennizzo, e ciò non prima che siano trascorsi 90 (novanta) giorni dal giorno dell'evento infortunistico. L'anticipazione ha luogo nel caso in cui il grado di invalidità permanente superi l'aliquota del 10% ed è limitata nella misura massima di un terzo dell'indennizzo valutabile allo stato, con riserva di successiva revisione e conguaglio.

Art. 32 – Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza

1. Il pagamento sull'indennizzo si effettua:
   - in caso di morte: non oltre 30 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili;
   - in caso di invalidità permanente: non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito al grado di invalidità;
   - in caso di inabilità temporanea: non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito all'importo dovuto.

Art. 33 – Invalidità permanente superiore al 50%

1. Qualora in conseguenza di un infortunio, l'Assicurato riporti una invalidità permanente di grado superiore al 50%, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente verrà liquidata al 100%.

Art. 34 – Assicurazione dei dirigenti

1. A deroga delle norme di assicurazione, la garanzia vale per i dirigenti in servizio, qualunque ne siano l'età o le condizioni fisiche o di salute. Agli effetti di tale estensione il Contraente tuttavia dichiara che i dirigenti da ritenersi assicurati sono in grado di svolgere normalmente le mansioni loro affidate e non presentano alcuna manifestazione morbosa che possa farli ritenere affetti da una qualsiasi delle malattie professionali.
2. Si considera infortunio professionale l'evento previsto come tale dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124.
3. Per i casi di invalidità permanente che riducano di almeno il 50% la capacità lavorativa del dirigente assicurato, valutati in base alla tabella allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, che rendano

obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro o la costituzione di un rapporto similare presso altra azienda anche eventualmente con una diversa utilizzazione del dirigente in occupazioni confacenti alle sue attitudini, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente totale.

4. La garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute, per l'attività esercitata dal Contraente, dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni.
5. Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 35 – Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni

1. L'assicurazione vale per il personale alle dipendenze del Contraente appartenente alle categorie specificate ed é prestata per ciascuna persona per le somme indicate.
2. Si considerano come retribuzione al lordo delle ritenute, oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi compresi le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se non di ammontare fisso, conl'esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.
3. Fanno parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata, le partecipazioni agli utili e le gratifiche non consuetudinarie e gli aumenti di gratifica pure non consuetudinari, corrisposti in funzione del favorevole andamento aziendale, nonché l'ammontare degli aumenti corrisposti a titolo di meccanismo di variazione automatica.
4. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nel mese precedente quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per 12; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.
5. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga a esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.
6. Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, come pure durante i periodi di aspettative non retribuiti, l'assicurazione resta sospesa.
7. Alla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società o all'intermediario abilitato, 90 giorni dalla richiesta, l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.
8. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 90 giorni dalla relativa comunicazione effettuata dalla Società.
9. La mancata comunicazione, da parte del Contraente, dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, gli eventuali sinistri verranno indennizzati in proporzione diretta al rapporto tra premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio), restando direttamente a carico dell'Assicurato l'importo

differenziale del sinistro, che l'Assicurato si impegna a rimborsare alla Compagnia entro 30 giorni dall'avvenuta transazione, pena la sospensione della garanzia.

10. Non si darà luogo ad indennizzi in proporzione qualora gli elementi variabili di cui sopra non diano origine ad una differenza attiva per la Società.

Art. 36- Pagamento e regolazione del premio

4. La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.
5. Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. A tale scopo, entro 90 (novanta) giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente/Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.
6. Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 60 (sessanta) giorni successivi alla relativa comunicazione da parte della Società. Si precisa che il suddetto termine di 60 giorni decorrerà dalla data di ricevimento del documento di regolazione risultante all'ufficio protocollo del Contraente.