

**INFORMATICA TRENTINA**  
**AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI**  
**LOTTO N. 4 CAPITOLATO TECNICO POLIZZA INFORTUNI**

## SOMMARIO

Scheda di copertura	pag. 1
Definizioni	pag. 2
Norme che regolano l'assicurazione in generale	pag. 3
Condizioni di garanzia	pag. 9
Garanzie sempre operanti	pag. 11
Garanzie operanti se indicate nella scheda di copertura	pag. 12
Gestione sinistri	pag. 14

**SCHEDA DI COPERTURA**

1.	<b>Contraente: Informatica Trentina</b>																																																			
2.	<b>Decorrenza del Contratto:</b> dalle ore 24:00 del _____ <b>Durata:</b> Triennale																																																			
3.	<p><b>Descrizione dell'attività:</b> La concezione, produzione, gestione, commercializzazione, assistenza di software e hardware, nonché proprietà e locazione a terzi di hardware, comprese tutte le operazioni complementari ed accessorie inerenti all'attività assicurata.</p> <p>Svolgimento di tutte le attività e competenze, presenti e/o future, previste dalla legge, dai regolamenti, dalle norme, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi, comunque e ovunque svolte, con ogni mezzo ritenuto utile o necessario, comprese tutte le attività accessorie, preliminari, complementari, connesse, collegate e conseguenti alle principali, comunque e ovunque svolte, nessuna esclusa né eccezzuata.</p>																																																			
4.	<p><b>Categorie assicurate:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Categoria A) – Dirigenti</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Clausola Dirigenti</p> <p><input type="checkbox"/> Categoria B) - Dipendenti</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Rischio professionale (compreso itinere) <input checked="" type="checkbox"/> Rischio extra professionale (50%)</p>																																																			
5.	<b>Limite di indennizzo per anno:</b> € 10.000.000,00																																																			
6.	<p><b>Categoria A) – Dirigenti</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Garanzie</th> <th>Attiva</th> <th>Capitali</th> <th>Franchigia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Morte</td> <td>SI</td> <td>5 volte RAL massimo di € 1.250.000</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Invalidità permanente</td> <td>SI</td> <td>6 volte RAL massimo di € 1.500.000</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Rimborso spese mediche</td> <td>SI</td> <td>€ 5.000,00</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Inabilità Temporanea</td> <td>NO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diaria da ricovero</td> <td>NO</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Categoria B) Dipendenti</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Garanzie</th> <th>Attiva</th> <th>Capitali</th> <th>Franchigia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Morte</td> <td>SI</td> <td>5 volte RAL massimo di € 362.000</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Invalidità permanente</td> <td>SI</td> <td>6 volte RAL massimo di € 434.000</td> <td>3 punti solo su extra</td> </tr> <tr> <td>Rimborso spese mediche</td> <td>SI</td> <td>€ 5.000,00</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Inabilità Temporanea</td> <td>NO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diaria da ricovero</td> <td>NO</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Garanzie	Attiva	Capitali	Franchigia	Morte	SI	5 volte RAL massimo di € 1.250.000	No	Invalidità permanente	SI	6 volte RAL massimo di € 1.500.000	No	Rimborso spese mediche	SI	€ 5.000,00	No	Inabilità Temporanea	NO			Diaria da ricovero	NO			Garanzie	Attiva	Capitali	Franchigia	Morte	SI	5 volte RAL massimo di € 362.000	No	Invalidità permanente	SI	6 volte RAL massimo di € 434.000	3 punti solo su extra	Rimborso spese mediche	SI	€ 5.000,00	No	Inabilità Temporanea	NO			Diaria da ricovero	NO		
Garanzie	Attiva	Capitali	Franchigia																																																	
Morte	SI	5 volte RAL massimo di € 1.250.000	No																																																	
Invalidità permanente	SI	6 volte RAL massimo di € 1.500.000	No																																																	
Rimborso spese mediche	SI	€ 5.000,00	No																																																	
Inabilità Temporanea	NO																																																			
Diaria da ricovero	NO																																																			
Garanzie	Attiva	Capitali	Franchigia																																																	
Morte	SI	5 volte RAL massimo di € 362.000	No																																																	
Invalidità permanente	SI	6 volte RAL massimo di € 434.000	3 punti solo su extra																																																	
Rimborso spese mediche	SI	€ 5.000,00	No																																																	
Inabilità Temporanea	NO																																																			
Diaria da ricovero	NO																																																			
7.	<b>Calcolo del premio annuo:</b>																																																			
	<b>Categoria</b>	<b>Dato</b>	<b>Montante</b>	<b>Tasso /premio unitario</b>																																																
	Dirigenti	RAL	€ 1.000.000																																																	
	Dipendenti	RAL	€ 10.000.000																																																	

## DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

**Assicurazione:** Il contratto di assicurazione

**Polizza:** Il documento che prova l'assicurazione;

**Contraente:** Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.

**Assicurato:** La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione

**Beneficiario:** In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.

**Società:** L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;

**Premio:** La somma dovuta dal Contraente alla Società.

**Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

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

**Indennizzo:** La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Franchigia:** La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

**Scoperto:** La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

**Annualità assicurativa o periodo assicurativo:** Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.

**Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.

**Malattia:** Per malattia si intende un'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che produce necessità di cure

**Invalità 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.

**Inabilità temporanea:** la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate

**Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno

**Ricovero:** la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

**Massimale per sinistro:** la massima esposizione della Società per sinistro.

**Retribuzione annua lorda:** quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, purché risulti registrato nei libri della Contraente secondo quanto prescritto ai sensi di Legge. Si intendono equiparati ai dipendenti i collaboratori a progetto.

**Art. 1 Pagamento ed effetto dell'assicurazione**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. l'Ente Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 30 giorni dalla decorrenza della polizza fermo restando l'effetto della copertura assicurativa.

Se il contraente non paga i premi successivi l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art.1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia o al Broker.

Qualora, a seguito delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso la società EQUITALIA SERVIZI SPA, ai sensi del Decreto n. 40/2008 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere il rischio di cui trattasi in copertura, dietro presentazione di copia del pagamento effettuato dal Contraente alla predetta società EQUITALIA SERVIZI SPA.

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 ed s.m.i..

Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso e dei subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati nell'esecuzione del presente contratto, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

**Art. 2 Durata della polizza e proroga dell'assicurazione**

La durata della polizza è indicata nella scheda di copertura e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti. E' pertanto espressamente escluso il tacito rinnovo.

E' fatta salva, in ogni caso, la facoltà per le parti di recedere dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione, mediante l'invio di lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

Alla scadenza contrattuale è facoltà del Contraente richiedere la proroga del presente contratto, alle medesime condizioni contrattuali e tariffarie, per il tempo necessario al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova polizza e, comunque, per un massimo 180 giorni.

**Art. 3 Regolazione del premio**

Se il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o della minor durata del contratto, deve essere fornita alla Società l'indicazione dell'ammontare effettivo degli elementi variabili presi come base per il calcolo del premio.

Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi alla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva se dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine di 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva, e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto. Per contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti, le documentazioni ed i registri richiesti.

#### **Art. 4 Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni sinistro che nel periodo assicurativo abbia comportato il pagamento di un indennizzo o il rifiuto del medesimo ma entro 60 giorni dalla data del pagamento o del rifiuto stessi, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del ricevente. In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

#### **Art. 5 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte per iscritto con e-mail, lettera raccomandata e/o fax e/o telex e/o telegramma indirizzati al Broker. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

#### **Art. 6 Modifiche dell'assicurazione**

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

#### **Art. 7 Altre assicurazioni**

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di comunicare agli Assicuratori l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future. Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto. In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute. In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

#### **Art. 8 Imposte e tasse**

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

**Art. 9 Rinvio alle norme di legge ed interpretazione del contratto**

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

**Art. 10 Foro competente**

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, o non venga esperito la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede la Contraente oppure, in alternativa, l'Assicurato.

**Art. 11 Coassicurazione e delega (se prevista)**

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; In deroga a quanto previsto dall'art. 1911 c.c., in caso di inadempienza di una delle società partecipanti al rischio della relativa quota risponderanno solidalmente tutte le altre società partecipanti all'accordo coassicurativo che avranno facoltà, una volta liquidata l'indennità, di rivalersi nei confronti della Società che non ha adempiuto ai propri obblighi.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, nonché il pagamento dei relativi indennizzi, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici. Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

#### **Art. 12 Clausola broker**

L'Ente Contraente dichiara di avere affidato la gestione del contratto all'A.T.I. composta da Prime Broker Srl (in qualità di Mandataria) ed Ital Brokers SpA (in qualità di Mandante), in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per la Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 5,89% (cinque virgola ottantanove per cento) sul premio imponibile.

#### **Art. 13 Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari**

La Compagnia è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i..

#### **Art. 14 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

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

#### **Art. 15 Aggravamento del rischio**

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 Codice Civile).

#### **Art. 16 Diminuzione del rischio**

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla prima comunicazione dell'Assicurato (Art. 1897 Codice Civile).

#### **Art. 17 Buona fede**

La mancata comunicazione da parte del Contraente/Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte o incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza e/o nel corso della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

La Società, una volta venuta a conoscenza delle circostanze aggravanti, ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

#### **Art. 18 Interpretazione del contratto**

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.

#### **Art. 19 Obbligo della società di fornire i dati afferenti l'andamento del rischio**

La Società, con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- numero del sinistro della Società;



- data di accadimento;
- tipologia del danno;
- stato del sinistro (“in trattativa”, “liquidato” e “chiuso senza seguito”);
- importo liquidato e data della liquidazione;
- importo riservato;
- per i sinistri respinti, le motivazioni scritte.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

#### **Art. 20 Esonero denuncia infermità difetti fisici e mutilazioni**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente Convenzione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'Art. 36 Criteri di Indennizzabilità.

#### Art. 21 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato che abbiano per conseguenza la morte o un'invalità permanente, anche se cagionati da colpa grave dell'assicurato. L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui alla sezione "garanzie sempre operanti" ed alla sezione "garanzie operanti se indicate nella scheda di copertura", qualora fossero richiamate nella scheda di copertura.

E considerata "morte" anche lo stato dichiarato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

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 sostanze 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, smottamenti, valanghe e slavine.

#### Art. 22 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- dalla partecipazioni a corse o gare e relative prove: ippiche, sciistiche, calcistiche, ciclistiche, che comportino l'uso di veicoli a motore o natanti;
- dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'art. 25 - Rischio volo;
- da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da guerre o insurrezioni, salvo quanto previsto dall'art. 30 Guerra ed attività temerarie;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, ms raggi X, ecc);
- dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala UIAA, sci o snow board fuori pista o acrobatico, pugilato, salvo quanto previsto dall'art. 30 Guerra ed attività temerarie.

#### Art. 23 Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico

regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

-per persona: € 1.500.000,00 per il caso di invalidità permanente; € 1.500.000,00 per il caso morte

-per aeromobile: € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente; € 5.000.000,00 per il caso di morte.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

#### **Art. 24 Persone non assicurabili - Limite di età**

L'assicurazione non vale per:

-le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Tuttavia, laddove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizione di legge o di contratti collettivi nazionali di lavoro la presente esclusione non troverà applicazione.

-le persone di età superiore 80 anni. Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

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. 25 Estensioni territoriali**

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

#### **Art. 26 Assicurazione per conto altrui**

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 così come disposto dall'alt 1891 C.C.

**Art. 27 Danni estetici**

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 per evento.

**Art. 28 Rientro sanitario (valido in Italia e all'Estero)**

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 € 3.000 per persona assicurata.

**Art. 29 Rimpatrio della salma (valido in Italia e all'Estero)**

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 colpiscono nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di € 3.000,00 per persona assicurata.

**Art. 30 Rischio Guerra e attività temerarie**

A parziale deroga dell'art. 22 – Esclusioni, 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. 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;
- dalla pratica non professionale di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala UIAA, sci o snow board fuori pista o acrobatico, pugilato; con il limite massimo di Euro 100.000 per il caso morte ed Euro 100.000 per il caso di invalidità permanente.

### **Art. 31 Clausola Dirigenti**

Resta tra le parti convenuto che, limitatamente per le persone con la qualifica di Dirigente, la copertura infortuni vale sia per le attività professionali che extra-professionali (24h). La garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali che si manifestino nel corso della validità della polizza, riconosciute per l'industria esercitata dal Contraente dal D.P.R. n.1124 del 30.06.1965 e successive modifiche ed integrazioni nonché le malattie riconosciute come professionali dalla Magistratura. A tale riguardo il Contraente dichiara che all'atto della stipula del presente contratto gli Assicurati di cui alla categoria Dirigenti non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie;

In caso di invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di permanente viene effettuata sulla base della tabella (industria) annessa al D.P.R. n.1124 del 30.06.1965 nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000 e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie previste per legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita; qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100%.

### **Art. 32 Rimborso Spese mediche da infortunio**

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio la Società rimborserà le spese sostenute fino alla somma indicata nella scheda di copertura. 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.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

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. 33 Inabilità temporanea**

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. Per ogni giorno la Società corrisponderà la somma indicata nella scheda di copertura per un massimo di 365 giorni. Tale somma è cumulabile con le altre garanzie previste dalla presente polizza.

**Art. 34 Diaria da ricovero a seguito di infortunio**

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, indicata nella scheda di copertura, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 360 giorni. La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'istituto di cura attestante la durata del ricovero. L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea

#### **Art. 35 Denuncia del sinistro e relativi obblighi**

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 al Broker incaricato oppure alla Società, entro 30 giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio incaricato alla gestione delle polizze di assicurazione.

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.

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.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

#### **Art. 36 Criteri di indennizzabilità**

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. 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. 37 Non cumulo delle indennità**

Qualora la medesima persona al momento del sinistro potesse appartenere a più categorie assicurate con la presente polizza rimane inteso che si farà luogo all'indennizzo come se tale persona appartenesse ad una sola delle categorie, escludendosi ogni e qualsiasi cumulo di massimali o indennità. Ai fini dell'identificazione della categoria di appartenenza, in caso di dubbio, verrà scelta la categoria avente i massimali più elevati.

#### **Art. 38 Morte**

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.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.

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. 39 Invalidità permanente**

### **a) 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 liquiderà all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

### **b) 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, con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale. 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. 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

dell'invalidità è 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 ne 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.

#### **Art. 40 Morte presunta**

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. Quando sia stato effettuato il pagamento delle 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. 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. 41 Diarie**

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'incapacità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente. L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto nella scheda di copertura. Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso di indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

#### **Art. 42 Spese mediche**

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito nella scheda di copertura, le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

#### **Art. 43 Modalità di valutazione del danno - Controversie**

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'incapacità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità sono demandate 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.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenza per terzo medico. E' 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 provvisoria sull'indennizzo.

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. 44 Liquidazione dell'indennità**

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.

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 comunque liquidato o offerto.

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 tra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte - ove questa fosse superiore - e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta corrente.

#### **Art. 45 Diritto di surrogazione**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

#### **Art. 46 Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni annue lorde**

Nel caso in cui l'assicurazione sia prestata sull'ammontare delle Retribuzioni Annue si conviene quanto segue:

1 - Per la liquidazione delle indennità è considerata "retribuzione annua" dell'infortunato quella come sopra percepita nei 12 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio; nel caso in cui l'infortunato non abbia raggiunto l'anno di servizio e per quelli assunti temporaneamente, è considerata "retribuzione annua" quella ottenuta moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso tra la data di assunzione in servizio e quella dell'infortunio. Per gli Assicurati in aspettativa si considererà quale "retribuzione annua" il 50% di quella percepita nei 12 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio al netto di eventuali elementi di retribuzione variabile, con il massimo di € 60.000,00. La presente garanzia opera per infortuni occorsi entro i primi 6 mesi dalla data di inizio del periodo di aspettativa;

2 - La Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento delle risultanze dei libri di amministrazione della Contraente, libri che questi si obbliga di 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.

3 - Il tasso di premio viene pattuito nella cifra specificata nel conteggio di liquidazione per ogni mille euro di retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto 1). Al premio risultante saranno applicate gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il premio viene anticipato dalla Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

#### **Art. 47 Responsabilità del Contraente**

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 del presente polizza e avanzino verso il contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di causa sostenute dal Contraente.

