

Lotto n. 3
Capitolato Speciale

POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA

Ai sensi del D.Lgs. n. 209 del 9 settembre 2005
– Nuovo Codice delle Assicurazioni Private –

Stipulata tra:

CASSA PROVINCIALE ANTINCENDI

della

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Via Secondo da Trento, 2

38121 Trento

P.IVA n° 00337460224

e

[Nome Società]

Via.....

Cap.....Città.....

P.IVA n°.....

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| Decorrenza: | dalle ore 24.00 del _____ |
| Scadenza: | alle ore 24.00 del _____ |
| Scadenza rate annuali | al 31/12 di ogni anno |

SOMMARIO

| | |
|------------------|---|
| SEZIONE 1 | DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI |
| Art.1 | Definizioni |
| Art.2 | Identificazione degli Assicurati |
| SEZIONE 2 | NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE |
| Art.1 | Variazione del rischio |
| Art.2 | Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali |
| Art.3 | Clausola di recesso |
| Art.4 | Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave. |
| Art.5 | Assicurazione presso diversi assicuratori |
| Art.6 | Durata del contratto |
| Art.7 | Pagamento del premio e decorrenza della garanzia |
| Art.8 | Obblighi in materia di tracciabilità dei flussi finanziari |
| Art.9 | Regolazione del premio |
| Art.10 | Modifiche dell'assicurazione |
| Art.11 | Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società |
| Art.12 | Oneri fiscali |
| Art.13 | Foro competente |
| Art.14 | Interpretazione del contratto |
| Art.15 | Titolarità dei diritti nascenti dal contratto |
| Art.16 | Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio |
| Art.17 | Clausola Broker |
| Art.18 | Rinvio alle norme di legge |
| SEZIONE 3 | RISCHI COPERTI |
| Art.1 | Oggetto dell'assicurazione |
| Art.2 | Rimborso spese mediche da infortunio |
| Art.3 | Diaria per ricovero |
| Art.4 | Inabilità temporanea |
| Art.5 | Spese di trasporto a carattere sanitario |
| Art.6 | Rientro sanitario (valido in Italia e all'estero) |
| Art.7 | Rimpatrio salma (valido in Italia e all'estero) |
| Art.8 | Danni estetici |
| Art.9 | Rischio aeronautico |
| Art.10 | Servizio militare |
| Art.11 | Rischio guerra |
| Art.12 | Estensioni territoriali |
| SEZIONE 4 | ESCLUSIONI |
| Art.1 | Esclusioni |
| Art.2 | Limiti di età |
| SEZIONE 5 | GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI |
| Art.1 | Denuncia del sinistro e relativi obblighi |
| Art.2 | Criteri di indennizzabilità |
| Art.3 | Controversie |
| Art.4 | Liquidazione dell'indennità |
| Art.5 | Anticipazione indennizzo |
| Art.6 | Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza |
| Art.7 | Rinuncia all'azione di surroga |

SEZIONE 6 CATEGORIE E CAPITALI ASSICURATI, CALCOLO DEL PREMIO

Art.1 Somme assicurate, franchigie e scoperti

Art.2 Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'**Art. 1 - Definizioni**

| | |
|---|---|
| Assicurazione: | Il contratto di assicurazione |
| Polizza: | Il documento che prova l'assicurazione; |
| Contraente: | L'Impresa o l'Ente che stipula la 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; |
| Broker: | Marsh S.p.A. quale mandatario incaricato dall'Assicurato per la gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società. |
| 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 indennizzabile espressa in valore fisso che resta a carico del Contraente, anche se anticipata dalla Società. |
| Scoperto: | La parte percentuale di danno che il Contraente 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. |
| 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. |
| 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. |

Art. 2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 6 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 – Variazione del rischio.

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste e non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici 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 C.C.).

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 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali.

Qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Amministrazione, l'Assicuratore può segnalare all'Amministrazione contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'art. 1 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.

L'Amministrazione contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 3 Clausola di recesso.

In caso di mancato accordo ai sensi dell'Art. 2 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 2 presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della controproposta dell'Amministrazione.

Qualora alla data di effetto del recesso l'Amministrazione contraente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. L'Amministrazione contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui al successivo art. 16 (Produzione di informazioni sui sinistri) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 4 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1 C.C., 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 agli artt. 2 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 3 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art. 2 dalla ricezione della citata dichiarazione.

Art. 5 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare preventivamente l'esistenza di altre assicurazioni infortuni e malattia.

Art. 6 Durata del contratto

Il contratto ha durata di anni 4 (quattro) decorrenti dalle ore 24.00 della data indicata in polizza e cesserà irrevocabilmente alle ore 24.00 della scadenza del quarto anno, senza clausola di tacito rinnovo alla scadenza finale.

Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di recedere dal contratto ad ogni scadenza annuale, con decorrenza dalla seconda annualità, con lettera raccomandata da inviarsi quattro mesi prima di ciascuna scadenza annuale.

Art. 7 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 120 giorni successivi, relativamente alle scadenze delle rate successive i termini di mora sono 60 giorni.

Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 120° giorno dopo quello della decorrenza sopra riportata per il premio iniziale e dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello per le rate successive, e riprende vigore dalle ore 24 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.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che:

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

Art. 8 - Obblighi in materia di 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 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

2. L'appaltatore deve inserire nei contratti stipulati con privati subappaltatori o fornitori di beni e servizi le seguenti clausole, ai sensi della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche:

“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 la Provincia Autonoma di Trento (...), 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 alla Provincia Autonoma di Trento (...) 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 alla Provincia Autonoma di Trento.”.

3. L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla amministrazione aggiudicatrice ed al Commissariato del Governo della provincia di Trento della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) 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 L. 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 presente 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 la ditta aggiudicataria 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 (CIG) ed il codice unico progetto (CUP).

Art. 9 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) 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 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.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

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.

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).

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.

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. 10 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. 11 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo certo (telefax, pec o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 12 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 13 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 14 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 15 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art. 16 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

1. Entro 3 (tre) mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso 6 (sei) mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 2, l'Assicuratore, nel rispetto

delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione 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:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____;

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'Assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari allo 0,2 per mille del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari a 16,00 euro per giorno solare.

3. L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione 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. 17 - Clausola Broker

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA, fatta salva la relativa stipula del contratto, con sede operativa in Milano – Viale Bodio, n. 33 - Tel. 02.48538.1, di conseguenza tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno gestiti, per conto della Stazione Appaltante dal broker. Il servizio di brokeraggio, in caso di scadenza contrattuale nel corso di validità della presente polizza, potrà essere affidato ad altro soggetto.

Le commissioni riconosciute al Broker sono in misura del 1,9%. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione appaltante.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Art. 18- Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

Le garanzie di cui ai seguenti articoli 2, 3 e 4 della presente Sezione sono operanti purché richiamate per le singole categorie di Assicurati e nei termini previsti alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie e condizioni di cui agli altri articoli della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
3. contatto con corrosivi;
4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento o congelamento;
7. la folgorazione;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo;
9. le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
11. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
12. gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
13. gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
14. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
15. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
16. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
17. gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
18. ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
19. ernie traumatiche.

Art. 2 – Rimborso spese mediche da infortunio

La presente garanzia opera anche per gli infortuni che non abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio la Società rimborserà le spese sostenute, per le categorie e fino alla somma prevista alla Sez. 6 per persona assicurata.

Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'assicurato per le spese sostenute in occasione di:

1. onorari dei chirurghi e dell'equipe medica;
2. uso della sala operatoria;
3. rette di degenza in ospedali o cliniche;
4. medicinali prescritti dal medico curante;
5. onorari dei medici;
6. accertamenti diagnostici;
7. trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica o presidio medico più vicino;
8. esami di laboratorio;
9. cure e visite mediche;
10. 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. 3 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 per un massimo di 365 giorni, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

Art. 4 – 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 una somma, per le categorie e nei termini previsti alla Sez. 6, per un massimo di 365 giorni. Tale somma è cumulabile con le altre garanzie previste dalla presente polizza.

Art. 5 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo autoambulanza. Il rimborso avverrà nei limiti di € 250,00 e verrà limitato ad un massimo di due viaggi.

Art. 6 – Rientro sanitario (valido in Italia e all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 2.600,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art. 7 – Rimpatrio 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 colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €2.600,00

Art. 8 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo 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 il limite di € 2.500,00 per evento.

Art. 9 – Rischio aeronautico

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:

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

per persona e di:

- € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 5.000.000,00 per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

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. 10 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze del Contraente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché quali obiettori di coscienza.

Art. 11 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 12 - Estensioni territoriali

La presente polizza s'intende operante nel mondo intero.

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

Art. 1 – Esclusioni

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 dall'art. 9 Sez. 3;
- 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.);
- g) da stato di ubriachezza, determinato con riferimento alla normativa vigente, alla guida di veicoli o natanti a motore in genere.

Art. 2 – Limiti di età

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto all'art. 2 della Sez. 5. della presente polizza..

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.

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.

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 – 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 hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

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, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma o PEC.

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

Art. 2 – 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 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.

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche 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 l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

b) 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, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo 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 fare 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 dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

a) Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'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

accudire, per tutta la sua vita, a 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.

b) Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle percentuali previste dalla *Tabella INAIL* di cui all'Allegato 1 al DPR 30.06.1965 n. 1124, riportata di seguito.

| Tabella valutazione del grado di percentuale di invalidità. | | |
|--|--------------------|-----------|
| TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE INDUSTRIA | | |
| DESCRIZIONE | Percentuale | |
| | D. | S. |
| Sordità completa di un orecchio | 15 | |
| Sordità completa bilaterale | 60 | |
| Perdita totale della facoltà visiva di un occhio | 35 | |
| Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi | 40 | |
| Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi 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 | 11 | |
| b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace | 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 di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio | 5 | |
| Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola | 50 | 40 |
| Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione con normale mobilità della scapola | 40 | 30 |
| Perdita del braccio: | | |
| a) per disarticolazione scapolo-omeroale | 85 | 75 |
| b) per amputazione al terzo superiore | 80 | 70 |
| Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio | 75 | 65 |
| 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 ultime due falangi dell'indice | 11 | 9 |
| Perdita delle ultime due falangi del medio | 8 | |
| Perdita delle ultime due falangi dell'anulare | 6 | |
| Perdita delle ultime due falangi del mignolo | 8 | |
| Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75: | | |
| a) in semipronazione | 30 | 25 |
| b) in pronazione | 35 | 30 |
| c) in supinazione | 45 | 40 |
| d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione | 25 | 20 |
| Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi | 55 | 50 |
| Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi: | | |
| a) in semipronazione | 40 | 25 |
| 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 fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più 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 | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

N.B.: In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva.

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% |

NOTE:

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

| | |
|---|-----|
| con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 | 15% |
| con visus corretto di 7/10 | 18% |
| con visus corretto di 6/10 | 21% |
| con visus corretto di 5/10 | 24% |
| con visus corretto di 4/10 | 28% |
| con visus corretto di 3/10 | 32% |
| con visus corretto inferiore a 3/10 | 35% |

- (6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica é 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 l'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 d'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 d'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.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero, 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 dell'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 alla Sezione 6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) 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 le spese sostenute, fino alla concorrenza dell'importo previsto all'art. 2 della Sezione 3.

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. 3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del 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 obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 4 – 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 liquidato od 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 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.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 5 – Anticipazione indennizzo

In tutti i casi in cui l'infortunio dia luogo ad una invalidità permanente, la Compagnia assicuratrice si obbliga a riconoscere all'assicurato, dietro presentazione dei documenti giustificativi e previa visita da parte del medico fiduciario della Compagnia assicuratrice 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% (dieci per cento) ed è limitata nella misura massima di un terzo dell'indennizzo valutabile allo stato, con riserva di successiva revisione e conguaglio.

Art. 6 – Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza

Il pagamento dell'indennizzo si effettua:

1. in caso di morte, non oltre 30 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili,
2. in caso di invalidità permanente, non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito al grado di invalidità;
3. in caso di invalidità temporanea, non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito all'importo dovuto.

Art. 7 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competerle per l'art.1916 Cod. Civ. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 6 CATEGORIE E CAPITALI ASSICURATI, CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate, e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

Art. 1.1. CATEGORIA VIGILI DEL FUOCO IN SERVIZIO PERMANENTE

1. Oggetto dell'Assicurazione

Le garanzie prestate dalla presente polizza valgono per gli infortuni che tutto il personale del Corpo (Vigili del Fuoco in servizio permanente) subisca mentre svolge le funzioni inerenti la carica, compresi trasferimenti e missioni.

A maggior precisazione si intendono assicurati tutti i soggetti in attività di servizio, per infortuni subiti in conseguenza di eventi connessi all'espletamento di funzioni di istituto e dipendenti da rischi specificatamente attinenti ad operazioni di polizia preventiva o repressiva o all'espletamento di attività di ordine pubblico o di soccorso, dovunque esercitata.

Si intendono comprese tutte le attività per servizi di istituto, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: qualsiasi intervento o prestazione a scopo di prevenzione ed estinzione degli incendi, e per soccorsi tecnici in genere od in caso di pubbliche calamità, nonché ogni attività ispettiva, di controllo, di sorveglianza, di istruzione, di esercitazione, di allenamento anche di tipo ginnico, di manutenzione e di impiego dei beni del Corpo, la partecipazione a convocazioni e raduni, compreso il tempo occorrente al personale per recarsi al luogo stabilito e per il rientro in sede.

E' compreso il rischio in itinere.

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

| Garanzia | Capitali assicurati € |
|--------------------------------------|-----------------------|
| Morte | 600.000,00 |
| Invalidità Permanente | 600.000,00 |
| Rimborso spese mediche da infortunio | 10.000,00 |

3. Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 190 persone.

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo dei componenti degli assicurati.

PRECISAZIONE:

Le garanzie prestate dalla presente assicurazione non sono operanti per gli infortuni occorsi al personale assicurato a seguito di attività di servizio svolta con l'uso di mezzi di trasporto aereo.

Art. 1.2. CATEGORIA ALLIEVI VIGILI DEL FUOCO VOLONTARI**1. Oggetto dell'Assicurazione**

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato allievo vigile del fuoco volontario subisca durante la frequenza e la partecipazione alle attività previste dal regolamento tipo dei "Gruppi allievi vigili del fuoco volontari" approvato con deliberazione n. 3001 della Giunta provinciale del 29 novembre 2002 e s. m. e i. senza eccezione alcuna.

Si intende in garanzia il rischio in itinere.

2. Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

| Garanzia | Capitali assicurati € |
|--------------------------------------|------------------------------|
| Morte | 260.000,00 |
| Invalità Permanente | 260.000,00 |
| Diaria da ricovero | 52,00 |
| Rimborso spese mediche da infortunio | 10.000,00 |

3. Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 1.129 assicurati.

4. Regolazione

Sulla base del numero effettivo degli assicurati .

CONDIZIONE PARTICOLARE:

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 un periodo massimo di 365 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. 2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 9 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione, la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ