

ASEC Trade S.r.l.

LOTTO 2

COPERTURA ASSICURATIVA
INFORTUNI DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI

CIG ZDC22B0BF6

Polizza Infortuni n°

Tra: ASEC TRADE S.r.l.
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento
della ASEC S.p.A. ai sensi dell'art. 2497 bis c.c.

Partita I.V.A./C.F.: 03973800877

con sede in : Via Cristoforo Colombo, 150/B - 95121 Catania

e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: _____

si stipula la presente:

POLIZZA INFORTUNI Numero

Contraente : ASEC TRADE S.r.l.
Assicurato : Come da condizioni di polizza
Sede Legale : Via Cristoforo Colombo, 150/B - 95121 Catania
Broker : Willis Italia S.p.A.
Decorrenza della copertura : Ore 24:00 del 30/05/2018
Scadenza della copertura : Ore 24:00 del 30/05/2019
Scadenze annuali: Ore 24:00 del 30/05
Frazionamento: annuale
Tacito rinnovo (SI/NO - indicare): NO

SEZIONE I - DEFINIZIONI	5
SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	7
Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto	7
Art. 2: Gestione del contratto.....	7
Art. 3: Riferimento alle norme di legge - Foro competente	7
Art. 4: Pagamento del Premio - Termini di Rispetto.....	8
Art. 4 bis: Tracciabilità dei flussi finanziari	8
Art. 5: Rinuncia al diritto di rivalsa	8
Art. 6: Facoltà di recesso.....	9
SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE	10
Art. 7: Soggetti assicurati – Assicurazione per conto proprio e altrui	10
Sezione III, Categoria 1 – Dirigenti	10
Art. 8: Oggetto dell'assicurazione	10
Art. 9: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	10
Art. 10: Estensioni della copertura.....	10
Art. 11: Liquidazione del danno	11
Sezione III, Categoria 2 – Quadri, Impiegati, Operai	13
Art. 12: Oggetto dell'assicurazione	13
Art. 13: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	13
Art. 14: Estensioni della copertura.....	14
Art. 15: Liquidazione del danno	14
Sezione III, Categoria 3 – Personale Parasubordinato	16
Art. 16: Oggetto dell'assicurazione	16
Art. 17: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	16
Art. 18: Estensioni della copertura.....	16
Art. 19: Liquidazione del danno	17
Sezione III, Categoria 4 – Presidente e Amministratore Delegato	19
Art. 20: Oggetto dell'assicurazione	19
Art. 21: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	19
Art. 22: Estensioni della copertura.....	19
Art. 23: Liquidazione del danno	20
Sezione III, Categoria 5 – Altri Componenti il Consiglio di Amministrazione.....	22
Art. 24: Oggetto dell'assicurazione	22
Art. 25: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	22

Art. 26: Estensioni della copertura.....	22
Art. 27: Liquidazione del danno	23
CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE	25
Art. 28: Rischio volo (valido per tutte le Sezioni).....	25
Art. 29: Esclusioni	25
Art. 30: Modalità per la liquidazione dell'indennità	25
Art. 31: Controversie sulla definizione del danno.....	26
Art. 32: Denuncia dei sinistri.....	26
Art. 33: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede	27
Art. 34: Suddivisione del premio	28
Art. 35: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese.....	28
Art. 36: Trattamento dei dati.....	28
Art. 37: Designazione dei beneficiari	28
Art. 38: Disposizione finale.....	29
CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA	30

SEZIONE I - DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Azienda o Amministrazione o Ente: ASEC Trade srl, Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto che stipula la assicurazione;

Attività dell'Azienda / Attività assicurata: L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Broker: il Broker vigente Willis Italia SpA;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili;

Malattia: la alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

Malattia professionale: la malattia rientrante nelle tabelle Industria annesse al DPR n. 1124/1965 e s.m.i., nel testo vigente;

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale); rientrano nella definizione di invalidità permanente assoluta anche le invalidità che, indipendentemente dal grado, siano tali da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro in essere, come anche le invalidità di grado pari o superiore al 75%);

Inabilità temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato;

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Azienda;

Rischio extra-professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale;

Retribuzione o ral: quanto, al lordo delle ritenute, è stato effettivamente e complessivamente percepito dall'assicurato a compenso delle sue prestazioni nei 12 mesi antecedenti quello in cui si è verificato l'evento indennizzabile ai sensi di polizza, con la esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti a carattere eccezionale ma compreso l'equivalente di vitto e alloggio qualora dovuto.

SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto

La copertura assicurativa ha la durata indicata nel frontespizio di polizza (ove sono indicate anche le scadenze annuali intermedie) e non è prorogabile automaticamente.

È facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 90 (novanta) giorni prima di tale scadenza, fermo che non è consentito alla Società assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

È inoltre facoltà del Contraente notificare alla Società la prosecuzione del contratto alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi alla sua scadenza naturale, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto, per tutta la durata dello stesso (comprese eventuali proroghe e/o rinnovi) è affidata al broker di assicurazione Willis Italia S.p.A..

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Azienda e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker è liberatorio per la Azienda, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10° giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento per la Azienda.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

Art. 3: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dal Codice Civile.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede l'Azienda.

Art. 4: Pagamento del Premio - Termini di Rispetto

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.

È data facoltà al Contraente di effettuare il pagamento della prima rata di premio, entro i 60 giorni successivi alla data di decorrenza del contratto.

È data inoltre facoltà al Contraente di effettuare il pagamento del premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza e di eventuali variazioni contrattuali entro 60 giorni dalla data di ricezione delle appendici.

Se il Contraente non paga i premi, o le rate di premio, successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 4 bis: Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i..

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 5: Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato all'azione di surroga che possa competerle ai sensi dell'art. 1916 del C.C. .

Art. 6: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 30° giorno successivo alla sua definizione, ma non oltre il 90° giorno antecedente la scadenza della annualità assicurativa in corso, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. .

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla Azienda).

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo, la Società rimborserà alla Azienda il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) cadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che la Azienda dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. Pagamento del premio che precede) per il periodo corrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di termine della prosecuzione della copertura assicurativa, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 7: Soggetti assicurati – Assicurazione per conto proprio e altrui

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, richiamati nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

1. i Dirigenti,
2. i Quadri, gli Impiegati, gli Operai,
3. il Personale Parasubordinato,
4. il Presidente e l'Amministratore Delegato,
5. gli altri Componenti il Consiglio di Amministrazione,

Sezione III, Categoria 1 – Dirigenti

Art. 8: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati di cui al punto 1) dell'art. 7 Soggetti assicurati, dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale, e/o esborsi per cure mediche, e/o ricoveri in istituti di cura, e/o applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno.

Costituiscono oggetto dell'assicurazione anche le malattie professionali (come definite dal DPR n. 1124/1965 e s.m.i.) dalle quali derivi una invalidità permanente assoluta o una invalidità permanente parziale di grado pari o superiore al 10% (dieci per cento).

Art. 9: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce agli infortuni, senza limiti territoriali e anche se verificatisi non in occasione o in conseguenza dell'espletamento del rapporto di lavoro con la Azienda o a esso correlati, nonché alle malattie contratte per causa di servizio, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto per, da e/o tra il/i luogo/i di lavoro (rischio professionale e rischio extra-professionale).

Art. 10: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi;
- ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
- ◇ abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente;

- ◇ calamità naturali;
 - ◇ stati 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 in un Paese sino ad allora in pace,
- nonché:
- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale;
 - ◇ l'avvelenamento da ingestione o assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
 - ◇ il contatto con corrosivi;
 - ◇ la pratica non professionale di qualsiasi sport;
 - ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
 - ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento;
 - ◇ le influenze termiche e atmosferiche;
 - ◇ i morsi di animali o punture di insetti.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 11: Liquidazione del danno

1. In caso di evento mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a 5 (cinque) volte la retribuzione annua spettante all'assicurato alla data dell'evento.

In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

2. In caso di invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:
- a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
 - ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore e' rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,
 - ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.
 - ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;
 - b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
 - ◇ all'importo corrispondente a 6 (sei) volte la retribuzione annua, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

Anche a parziale deroga di quanto previsto in altre parti della presente polizza, si conviene tra le parti che:

- qualora il grado di invalidità permanente sia tale da non consentire all'Assicurato la prosecuzione di una attività lavorativa in qualità di Dirigente, e/o di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo spettante all'Assicurato verrà conteggiato sulla base di un grado di invalidità permanente pari al 100% ,
- l'importo massimo liquidabile in caso di morte, e' pari a euro 1.500.000,00
- l'importo massimo liquidabile in caso di invalidità permanente, è pari a euro 1.750.000,00 .

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
- ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

4. Qualora, in seguito ad infortunio determinato da un medesimo evento derivi la morte dell'Assicurato e del coniuge non separato, ai figli minori o eventualmente inabili – se beneficiari - sarà liquidata una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi, fino ad un importo di euro 1.000.000,00 complessivo per tali beneficiari.

Sezione III, Categoria 2 – Quadri, Impiegati, Operai

Art. 12: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati di cui al punto 2) dell'art. 7 Soggetti assicurati, dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale, e/o esborsi per cure mediche..

Art. 13: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti in servizio o per causa di servizio, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro e compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione (rischio professionale). Sono altresì compresi gli infortuni subiti nello svolgimento di ogni altra attività

che non abbia carattere professionale (rischio extra-professionale), con esclusione degli infortuni subiti nell'esercizio di eventuali occupazioni professionali private.

Art. 14: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi;
- ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
- ◇ abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente;
- ◇ calamità naturali;
- ◇ stati 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 in un Paese sino ad allora in pace;

nonché:

- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale;
- ◇ l'avvelenamento da ingestione o assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
- ◇ il contatto con corrosivi;
- ◇ la pratica non professionale di qualsiasi sport;
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento;
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche;
- ◇ i morsi di animali o punture di insetti.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 15: Liquidazione del danno

1. In caso di evento mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a 5 (cinque) volte la retribuzione annua spettante all'assicurato alla data dell'evento.

In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

2. In caso di invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:
- a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
 - ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore e' rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,
 - ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.
 - ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;
 - b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
 - ◇ all'importo corrispondente a 6 (sei) volte la retribuzione annua, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
 - ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
 - ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
 - ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
 - ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
 - ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
 - ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di € 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

4. Qualora, in seguito ad infortunio determinato da un medesimo evento derivi la morte dell'Assicurato e del coniuge non separato, ai figli minori o eventualmente inabili – se beneficiari - sarà liquidata una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi, fino ad un importo di € 1.000.000,00 (unmilione/00) complessivo per tali beneficiari.

Sezione III, Categoria 3 – Personale Parasubordinato

Art. 16: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati di cui al punto 3. dell'art. 7 Soggetti assicurati, dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale, e/o esborsi per cure mediche, e/o ricoveri in istituti di cura, e/o applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno.

Art. 17: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti in servizio o per causa di servizio, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro e compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione (rischio professionale).

Art. 18: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi;
- ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
- ◇ abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente;
- ◇ calamità naturali;

- ◇ stati 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 in un Paese sino ad allora in pace,
- nonché:
- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale;
 - ◇ l'avvelenamento da ingestione o assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
 - ◇ il contatto con corrosivi;
 - ◇ la pratica non professionale di qualsiasi sport;
 - ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
 - ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento;
 - ◇ le influenze termiche e atmosferiche;
 - ◇ i morsi di animali o punture di insetti.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 19: Liquidazione del danno

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.
2. In caso di invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:
 - a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
 - ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,
 - ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.

- ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;
- b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
 - ◇ all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate, laddove previsto e fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
 - ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
 - ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
 - ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
 - ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
 - ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
 - ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di € 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

5. Qualora, in seguito ad infortunio determinato da un medesimo evento derivi la morte dell'Assicurato e del coniuge non separato, ai figli minori o eventualmente inabili – se beneficiari - sarà liquidata una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi, fino ad un importo di € 1.000.000,00 (unmilione/00) complessivo per tali beneficiari.

Sezione III, Categoria 4 – Presidente e Amministratore Delegato

Art. 20: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati di cui al punto 4 dell'art. 7 Soggetti assicurati, dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale, e/o esborsi per cure mediche, e/o ricoveri in istituti di cura, e/o applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno.

Art. 21: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o a esso correlati, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto da/per/tra il/i luogo/i di lavoro (rischio professionale).

Sono altresì compresi infortuni subiti nell'esercizio delle occupazioni professionali private e nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale (rischio extra-professionale).

Art. 22: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi;
 - ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
 - ◇ abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
 - ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente;
 - ◇ calamità naturali;
 - ◇ stati 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 in un Paese sino ad allora in pace,
- nonché:
- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale;
 - ◇ l'avvelenamento da ingestione o assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
 - ◇ il contatto con corrosivi;
 - ◇ la pratica non professionale di qualsiasi sport;
 - ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
 - ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento;
 - ◇ le influenze termiche e atmosferiche;
 - ◇ i morsi di animali o punture di insetti.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 23: Liquidazione del danno

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e cioè anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.
2. In caso di invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:
 - a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
 - ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,
 - ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.
 - ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;
 - b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
 - ◇ all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate, laddove previsto e fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
- ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

4. In caso di infortunio che richieda ricovero in istituto di cura e/o applicazione di apparecchio gessato o di tutore immobilizzante esterno equivalente, fermo quanto previsto al punto 3. ma non in aggiunta ad esso, la Società corrisponderà una indennità giornaliera conteggiata a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si è verificato l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta dimissione o guarigione:
- per un massimo di 300 giorni (anche non consecutivi) in caso di ricovero
 - per un massimo di 100 giorni in caso di applicazione di gesso o tutore

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

5. Qualora, in seguito ad infortunio determinato da un medesimo evento derivi la morte dell'Assicurato e del coniuge non separato, ai figli minori o eventualmente inabili – se beneficiari - sarà liquidata una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi, fino ad un importo di € 1.000.000,00 (unmilioe/00) complessivo per tali beneficiari.

Sezione III, Categoria 5 – Altri Componenti il Consiglio di Amministrazione

Art. 24: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati di cui al punto 5. dell'art. 7 Soggetti assicurati, dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale, e/o esborsi per cure mediche, e/o ricoveri in istituti di cura, e/o applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno.

Art. 25: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o a esso correlati, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto da/per/tra il/i luogo/i di lavoro (rischio professionale).

Sono altresì compresi infortuni subiti nell'esercizio delle occupazioni professionali private e nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale (rischio extra-professionale).

Art. 26: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi;
 - ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
 - ◇ abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
 - ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente;
 - ◇ calamità naturali;
 - ◇ stati 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 in un Paese sino ad allora in pace,
- nonché:
- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale;
 - ◇ l'avvelenamento da ingestione o assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
 - ◇ il contatto con corrosivi;
 - ◇ la pratica non professionale di qualsiasi sport;
 - ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
 - ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento;
 - ◇ le influenze termiche e atmosferiche;
 - ◇ i morsi di animali o punture di insetti.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 27: Liquidazione del danno

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e cioè anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.
2. In caso di invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:
 - a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
 - ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,
 - ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.
 - ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;
 - b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
 - ◇ all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate, laddove previsto e fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
- ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di € 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

4. In caso di infortunio che richieda ricovero in istituto di cura e/o applicazione di apparecchio gessato o di tutore immobilizzante esterno equivalente, fermo quanto previsto al punto 3. ma non in aggiunta ad esso, la Società corrisponderà una indennità giornaliera conteggiata a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si è verificato l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta dimissione o guarigione:
- per un massimo di 300 giorni (anche non consecutivi) in caso di ricovero
 - per un massimo di 100 giorni in caso di applicazione di gesso o tutore

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

5. Qualora, in seguito ad infortunio determinato da un medesimo evento derivi la morte dell'Assicurato e del coniuge non separato, ai figli minori o eventualmente inabili – se beneficiari - sarà liquidata una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi, fino ad un importo di € 1.000.000,00 (unmilione) complessivo per tali beneficiari.

CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 28: Rischio volo (valido per tutte le Sezioni)

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclub - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri), qualora l'evento riguardi più assicurati a bordo dell'aeromobile la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile € 6.000.000,00 per il caso di morte, euro 6.000.000,00 per invalidità permanente e € 6.000,00 per inabilità temporanea; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto agli articoli "Estensioni di copertura" relativamente alla efficacia della copertura assicurativa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che essa è efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze simili).

Art. 29: Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici connessi alle attività della Azienda;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto dagli artt. Estensione della copertura che precedono;
- ◇ guida di mezzi di locomozione aerei;
- ◇ guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato;
- ◇ assunzione volontaria e non prescritta di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni.

Art. 30: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione e/o i documenti giustificativi di spesa in originale, o la certificazione attestante il grado di invalidità o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

Art. 31: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre medici nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove risiederà il collegio medico. Il collegio medico eleggerà la propria residenza nel Comune, sede di istituto di Medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

I medici, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del medico dissenziente.

Art. 32: Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Azienda, per il tramite del broker, entro trenta giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società.

A cadenza trimestrale, la Società fornirà alla Azienda, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le sole iniziali dell'infortunato
- lo stato del sinistro
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

E' facoltà della Azienda richiedere ed obbligo della Società fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora l'Amministrazione lo richieda.

Art. 33: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede

Il premio di polizza è calcolato, in base alle Sezioni di appartenenza degli assicurati, moltiplicando i premi unitari convenuti per il numero degli assicurati indicati nella scheda di conteggio del premio, ovvero conteggiando la aliquota di premio promille sul totale delle retribuzioni annue erogate.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del contratto, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Azienda fornirà quindi alla Società, entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni intervenute.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione da parte della Azienda.

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

Altrettanto, la Azienda e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Si conviene che, ove la Azienda abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto di richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 34: Suddivisione del premio

Per quanto riguarda le sezioni che prevedono la operatività della copertura assicurativa senza limiti temporali o di attività, si prende atto che il premio della presente polizza si intende così suddiviso:

- x0% per quanto attiene il rischio professionale
- x0% per quanto attiene il rischio extraprofessionale

Art. 35: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza e' effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Società mandataria
- ⇒ Compagnia ... Società mandante
- ⇒ Compagnia ... Società mandante

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

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

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà direttamente con ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%

Art. 36: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 37: Designazione dei beneficiari

La documentazione mediante la quale gli Assicurati designano i beneficiari dell'assicurazione verrà raccolta dalla Contraente e consegnata alla Società contestualmente al perfezionamento del presente contratto.

Sarà cura della Società conservare tali designazioni, attingendovi in caso di sinistro per la individuazione dei beneficiari dell'Assicurato coinvolto nel sinistro.

Alla scadenza del presente contratto, o in caso di cessazione della copertura per uno o più Assicurati, la Società provvederà a rendere le designazioni corrispondenti alla Contraente.

Art. 38: Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.
La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Destinatari della assicurazione	Capitali assicurati unitari				Numero assicurati o ammontare retribuzioni	Premio imp. totale
Sezioni e Soggetti assicurati	caso morte	invalidità permanente	diaria da ricovero	spese mediche		
1. Dirigenti	5 volte ral Max € 600.000,00 pro capite	6 volte ral Max € 720.000,00 pro capite	0,00	5.165,00	Per le categorie 1+2 € 600.000,00	
2. Quadri, impiegati, operai	5 volte ral Max € 200.000,00 pro capite	6 volte ral Max € 250.000,00 pro capite	0,00	5.165,00		
3. Personale para-subordinato			0,00	0,00		
4- Presidente del C.d.A.	750.000,00	750.000,00	103,30	5.165,00	1	
5- Altri componenti CdA.	620.000,00	620.000,00	103,30	5.165,00	2	
Totale premio imponibile					euro	..
Imposte					euro	..
Totale premio lordo annuo					euro	..