

CAPITOLATO SPECIALE “CUMULATIVA INFORTUNI”

Stipulata tra:

CONSIP S.p.A.

Via Isonzo, 19 e - 00198 Roma

P. Iva 05359681003

e

Ragione sociale

Sede legale

P. Iva

Effetto: dalle ore 24.00 del 30/06/2023

Cessazione: alle ore 24.00 del 30/06/2026

Scadenza anniversaria: al 30/06 di ogni anno

Premio lordo annuale: €



Indice

DEFINIZIONI

Sezione 1 – Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1 - Prova del contratto

Art. 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Art. 3 – Variazione del rischio

Art. 4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

Art. 5 – Clausola di recesso per aggravamento del rischio

Art. 6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Art. 7 - Durata del contratto

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Art. 9 - Oneri fiscali

Art. 10 - Foro competente

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

Art. 12 - Coassicurazione e delega

Art. 13 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

Art. 14 – Legittimazione

Art. 15 – Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio

Art. 16 – Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Art. 17 – Interpretazione del Contratto

Art. 18 - Regolazione e conguaglio del premio

Art. 19 - Efficacia temporale della garanzia

Art. 20 – Estensione territoriale

Art. 21 – Clausola intermediari

Art. 22 – Trattamento dei dati

Art. 23 – Tracciabilità Flussi Finanziari

Art. 24 - Misure Restrittive-Sanctions Limitations Exclusion Clause

Art. 25 – Disciplina dell’appalto

Art. 26 – Garanzia definitiva

Art. 27 – Divieto di cessione del contratto e cessione del credito

Art. 28 – Subappalto

Art. 29 - Incompatibilità

Sezione 2 – Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

Art. 1 – Oggetto della copertura

Art. 2 – Esclusioni

Art. 3 – Morte

Art. 4 - Invalidità Permanente

Art. 5 – Rimborso Spese Mediche

Art. 6 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Art. 7 - Cumulo di indennità

Art. 8 – Anticipo indennizzo

Sezione 3 - Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia

Art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione

Art. 2 – Esclusioni

Art. 3 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Art. 4 – Criteri di liquidazione

Art. 5 – Cumulo di indennità

Art. 6 – Anticipo indennizzo

Sezione 4 – Condizioni particolari

Art. 1 – Rinuncia alla surrogazione

Art. 2 - Morte presunta

Art. 3 - Ernie traumatiche e da sforzo

Art. 4 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

Art. 5 - Rischio volo

Art. 6 - Esposizione agli elementi:

Art. 7 - Rischio Guerra

Art. 8 – Rischio sportivo

Art. 9 - Danni estetici

Art. 10 - Malattie tropicali

Art. 11 - Rientro sanitario -

Art. 12 - Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)



Art. 13 - Clausola Dirigenti

Art. 14 - Clausola Quadri

Art. 15 - Commorienza

Art. 16 – Esonero denuncia infermità e difetti

Art. 17 – Esonero generalità degli Assicurati

Art. 18 – Personale distaccato, comandato, in telelavoro o lavoro agile

Art. 19 – Responsabilità del contraente

Sezione 5 – Categorie, somme assicurate, franchigie e calcolo del premio

Art. 1 - Soggetti assicurati

Art. 2 – Categorie assicurate

Art. 3 – Calcolo del premio

Art. 4 – Limite catastrofale

Sezione 6 – Norme che regolano la gestione sinistri

Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

Art. 2 - Denuncia dei sinistri - Obblighi dell'Assicurato relativi alla Invalidità Permanente da Malattia

Art. 3 – Controversie

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Dichiarazione

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato:	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione-intendendo per tale: i Legali Rappresentanti, gli Amministratori, i Direttori, i Dirigenti, i Dipendenti, i componenti degli Organi Collegiali nonché altro Personale non dipendente ed i Soggetti equiparati di cui l'Assicurato si avvale.
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione.
Attività	Quella svolta per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte.
Broker:	l'intermediario assicurativo regolarmente iscritto alla sezione B del R.U.I., ai sensi del D.Lgs. 209/2005, e incaricato da CONSIP S.p.A. per la gestione del contratto.
Contraente:	La persona giuridica che stipula l'assicurazione, nel caso di specie Consip Spa.
Franchigia	Parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
Franchigia assoluta:	La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Pertanto non si dà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo viene corrisposto esclusivamente per la parte eccedente la franchigia.
Franchigia relativa:	La soglia di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità al di sotto della quale il sinistro non viene indennizzato. Pertanto non si dà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo viene corrisposto integralmente, senza deduzione di alcuna franchigia.
Inabilità temporanea:	Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate.
Infortunio:	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Invalidità permanente da malattia:	La perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Polizza:	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Retribuzioni:	<p>Tutto quanto al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni (es. stipendio, altri elementi a carattere continuativo, provvigioni, premi di produzione, l'equivalente del vitto ed alloggio eventualmente dovuti al dirigente) con esclusione dei rimborsi spese e degli emolumenti a carattere eccezionale.</p> <p>Ai fini della liquidazione dell'indennizzo, si considera retribuzione quella che l'infortunato ha percepito nei dodici mesi antecedenti l'infortunio.</p> <p>Se al momento dell'infortunio l'assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, si considera la retribuzione annua presunta spettante a norma del relativo contratto di lavoro previa richiesta di apposita certificazione del datore di lavoro.</p> <p>Per i dipendenti che non abbiano raggiunto il mese di servizio e per quelli assunti temporaneamente, per liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella che si ottiene moltiplicando per 365 (trecentosessantacinque) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.</p>
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura (pubblico, accreditato o privato, in Italia e all'estero) che comporti almeno un pernottamento.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rischio in itinere:	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
Scoperto:	La parte di danno indennizzabile espressa in percentuale che resta a carico dell'assicurato.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	L'impresa assicuratrice o il Raggruppamento Temporaneo di Imprese o le imprese in coassicurazione o i consorzi ordinari o i consorzi di Imprese identificati nei documenti di polizza.
Somma assicurata:	L'importo convenuto nella presente polizza che, salvo eventuali sottolimiti, per sinistro/anno, rappresenta la massima esposizione della Società.

Sezione 1 – Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

Le norme riportate nel presente contratto annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società.

Art. 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 5 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art 4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

A parziale deroga dell'art. 1898 del c.c., comma 2 e seguenti, nel caso di aggravamento di rischio, il Contraente ha l'obbligo di comunicare le variazioni secondo quanto stabilito all'art. 3 "Variazione del rischio" e la Società si impegnerà, prima di esercitare un eventuale recesso nei termini di cui al successivo art. 5 "Clausola di recesso", ad attivare la procedura preventiva per la revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali, secondo quanto stabilito dal presente capitolato.

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

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

Art. 3 – Variazione del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto. Non comportano variazioni di rischio i mutamenti meramente episodici e transitori.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora la Società intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, la Società può segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 3 (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 previsti in polizza.

2. Il 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.

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

Art. 5 – Clausola di recesso per aggravamento del rischio

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta della Società.

3. Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio calcolato in pro-rata temporis nei modi e nei termini di cui all'art. 6 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia".

4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art 15 (Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

- il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza o dalla data di ricezione del contratto, se successiva. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.

- se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite;

I termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Conseguentemente la Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al citato D.Lgs 192/2012 per i suindicati periodi di comporta.

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

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

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate 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.
- b) 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.
- c) L'assicurazione conserva la propria validità anche durante l'eventuale periodo di attesa dell'esito della verifica della regolarità contributiva (DURC) necessaria e preventiva all'effettuazione di ogni pagamento. Nel caso di rilevata irregolarità del DURC si procederà ad inoltrare proposta di intervento sostitutivo agli enti previdenziali e l'eventuale pagamento effettuato nei loro confronti sarà considerato come effettuato nei confronti della stessa Compagnia Assicuratrice

Art. 7 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30.06.2023 alle ore 24.00 del 30.06.2026 con frazionamento annuale.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto, pertanto, salvo diverso accordo tra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza del 30.06.2026.

È però facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto, richiedere all'Assicuratore una proroga tecnica del presente contratto, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione del nuovo servizio di copertura assicurativa, ai sensi dell'art. 106 co. 11 del d.lgs. 50/2016. In tal caso, l'Assicuratore, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale, per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare i servizi di cui al presente contratto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

(opzione base) –vale 0 punti



Il presente contratto prevede la facoltà bilaterale di recesso anticipato ad ogni ricorrenza annuale con preavviso non inferiore a 180 giorni dalla relativa scadenza annuale.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

(opzione migliorativa A) –vale 10 punti

Il presente contratto prevede la facoltà bilaterale di recesso anticipato ad ogni ricorrenza annuale con preavviso non inferiore a 270 giorni dalla relativa scadenza annuale.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

(opzione migliorativa B) –vale 15 punti

Il presente contratto prevede la facoltà bilaterale di recesso anticipato ad ogni ricorrenza annuale con preavviso non inferiore a 360 giorni dalla relativa scadenza annuale.

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro – (opzione base) –vale 0 punti

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni mediante lettera raccomandata o PEC. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora la Società si avvallesse di tale facoltà, la stessa dovrà produrre, pena l'invalidità del recesso stesso, anche il dettaglio dei sinistri con le modalità stabilite al successivo Art. 15 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro (opzione migliorativa) –vale 10 punti

Non applicabile al presente contratto

Art. 9 - Oneri fiscali

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

Art. 10 - Foro competente

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

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 12 - Coassicurazione e delega

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato in Coassicurazione o in raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le Società sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

La Delegataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici per la gestione, esecuzione del contratto e l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza. Il Contraente/Broker provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

Art. 13 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si conviene tra le Parti che, qualora si rivelasse che per gli stessi enti oggetto del presente contratto esistono o venissero in seguito stipulate altre polizze direttamente dal Contraente, dall'Assicurato o da terzi che ne abbiano avuto interesse, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti Assicurativi, fermo per la Società ogni altro diritto derivante a norma di legge (art. 1910 C.C.).

Art. 14 – Legittimazione

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

Art. 15 – Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

Con periodicità trimestrale, l'Assicuratore si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, entro 60 giorni dal termine del trimestre e dell'annualità, i dati afferenti l'andamento del rischio. In particolare la Società fornirà il rapporto sinistri/premi di polizza, sia in via aggregata che disaggregata.

La statistica sinistri dovrà essere così suddivisa:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

L'Assicuratore si impegna, altresì, a fornire al Contraente i dati afferenti l'andamento del rischio in qualsiasi momento entro il termine di 30 giorni da quando il Contraente ne ha formalmente fatto richiesta.

L'obbligo a fornire i dati afferenti l'andamento del rischio permane in capo alla Società anche oltre la scadenza contrattuale e fino a quando tutti i sinistri denunciati sul contratto non sono stati definiti.

Art. 16 – Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Eccezione fatta per la cessazione anticipata del contratto, che dovrà essere trasmessa direttamente alla parte interessata, tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata (consegnata anche a mano) o altro mezzo (PEC, telefax o simili, inclusa posta elettronica) indirizzata all'Assicuratore oppure al Broker, al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza, qualora presente.

Analoga procedura adotta l'Assicuratore nei confronti del Contraente.

Art. 17 – Interpretazione del Contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 18 - Regolazione e conguaglio del premio

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto all'Art. ... "Calcolo del premio", e lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo o minor periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine dell'anno assicurativo o minor periodo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione del relativo documento, ritenuto corretto. La Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al D.Lgs 192/2012 per il citato periodo di comporta.

Se nel termine di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata.

Dopodiché in caso di inadempimento, a seguito dell'ulteriore atto formale di messa in mora, gli eventuali sinistri accaduti nel periodo a cui la regolazione si riferisce verranno indennizzati in proporzione diretta al rapporto tra il premio anticipato in via provvisoria e quello effettivamente dovuto (somma tra il premio anticipato e quello di regolazione). Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto già pagato più del dovuto e ha facoltà di comunicare per raccomandata la risoluzione del contratto, fermo restando il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei premi non versati

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 19 - Efficacia temporale della garanzia

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

Art. 20 – Estensione territoriale

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 21 – Clausola intermediari

Si conviene tra le Parti che, qualora la Contraente affidi, durante il periodo di efficacia del presente contratto, l'incarico di gestione ed esecuzione dello stesso ad un Broker, tutte le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite del Broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall'una all'altra Parte, anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Si conviene altresì che, il pagamento dei premi dovuti alla Società, potrà essere effettuato dalla Contraente tramite il Broker, con effetto liberatorio per la Contraente ai sensi dell'Articolo 1901 del Codice Civile.

Nell'ipotesi di cui sopra, la Società delega quindi esplicitamente il Broker, all'incasso del premio, in ottemperanza a quanto previsto dall'Articolo 118 del D. Lgs.209/2005 e con gli effetti, per la Contraente, previsti al 1° comma del medesimo articolo; l'opera del Broker sarà remunerata direttamente da CONSIP S.p.A., sulla base degli accordi in essere o che interverranno tra la stessa e il Broker.

La Società aggiudicataria si impegna pertanto a non includere nei caricamenti del premio stabilito in polizza, commissioni od emolumenti inerenti il presente contratto e alla sua successiva gestione riguardanti qualunque intermediario, in qualunque forma o modo, costituendo, in caso contrario, un aggravamento dei costi della copertura assicurativa.

La mancata ottemperanza a quanto disposto dalla presente condizione può comportare la risoluzione del contratto ed il risarcimento degli eventuali danni fatta salva ogni eventuale altra conseguenza a sensi di legge.

Art. 22 – Trattamento dei dati

Ai sensi della Legge 196/03 e del Regolamento Europeo 2016/679, le parti consentono il trattamento dei dati personali inerenti alla presente polizza, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 23 – Tracciabilità Flussi Finanziari

Le parti:

- L'Assicuratore ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al Broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia alla Contraente, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. L'Assicuratore si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi;
- .
- Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.A. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

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

Art. 24 - Misure Restrittive-Sanctions Limitations Exclusion Clause

La Società non è tenuta a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga la Società, la sua capogruppo o la sua controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

Art. 25 – Disciplina dell'appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione del presente appalto, ancorché non allegati.

Art. 26 – Garanzia definitiva

La Società ha prestato garanzia definitiva che copre le obbligazioni assunte con il presente contratto, il risarcimento dei danni derivanti dall'eventuale inadempimento delle stesse obbligazioni, nonché il rimborso delle somme pagate in più all'esecutore rispetto alle risultanze della liquidazione finale, salva comunque la risarcibilità del maggior danno verso l'appaltatore, nonché le obbligazioni assunte con il Patto di integrità.

La Consip ha inoltre il diritto di valersi della garanzia definitiva, nei limiti dell'importo massimo garantito: i) per l'eventuale maggiore spesa sostenuta per il completamento delle prestazioni nel caso di risoluzione del contratto disposta in danno dell'esecutore; ii) per provvedere al pagamento di quanto dovuto dalla Società per le inadempienze derivanti dalla inosservanza di norme e prescrizioni dei contratti collettivi, delle leggi e dei regolamenti sulla tutela, protezione, assicurazione, assistenza e sicurezza fisica dei lavoratori comunque presenti nei luoghi dove viene eseguito il contratto ed addetti all'esecuzione dell'appalto.

In particolare, la Consip ha diritto di valersi direttamente della garanzia per l'applicazione delle penali e/o per la soddisfazione degli obblighi come espressi puntualmente nell'ambito del presente contratto.

La Consip ha diritto di incamerare la garanzia, in tutto o in parte, per i danni che essa affermi di aver subito, senza pregiudizio dei suoi diritti nei confronti dell'Impresa per la rifusione dell'ulteriore danno eventualmente eccedente la somma incamerata.

La garanzia prevede espressamente la rinuncia della preventiva escussione del debitore principale, di cui all'art. 1944 del cc, la rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, comma 2 del codice civile, nonché l'operatività della garanzia medesima entro 15 giorni, a semplice richiesta scritta.

La Società si impegna a tenere valida ed efficace la garanzia, mediante rinnovi e proroghe e tempestivi adeguamenti nell'ipotesi di variazioni anagrafiche o societarie, per tutta la durata del presente contratto e, comunque, sino al perfetto adempimento delle obbligazioni assunte in virtù del presente contratto, pena la risoluzione di diritto del medesimo.

La Consip può richiedere alla Società la reintegrazione della garanzia ove questa sia venuta meno in tutto o in parte entro il termine di 10 (dieci) giorni dalla richiesta; in caso di inottemperanza, la Consip consegnerà la reintegrazione trattenendo quanto necessario dai corrispettivi dovuti alla Società.

La garanzia sarà progressivamente svincolata a misura dell'avanzamento dell'esecuzione contrattuale, nel limite massimo dell'80 per cento dell'iniziale importo garantito, secondo quanto stabilito dall'art. 103, comma 5, del D. Lgs. n. 50/2016, previa deduzione di crediti della Consip verso la Società e subordinatamente alla preventiva consegna, da parte della Società all'Istituto garante, di un documento, in originale o copia autentica,



attestante l'avvenuta esecuzione delle prestazioni contrattuali. Tale documento è emesso periodicamente dalla Consip in ragione delle verifiche di conformità svolte. La Società dovrà inviare per conoscenza alla Consip la comunicazione che invia al Garante ai fini dello svincolo. Il Garante dovrà comunicare alla Consip il valore dello svincolo. La Consip si riserva di verificare la correttezza degli importi svincolati e di chiedere alla Società e al Garante in caso di errore un'integrazione.

L'ammontare residuo della garanzia definitiva deve permanere fino alla data di emissione del certificato di verifica di conformità attestante la corretta esecuzione dell'appalto.

Resta fermo tutto quanto previsto dall'art. 103 del D. Lgs. n. 50/2016.

La Società si impegna a consegnare, alla scadenza della rata e con tempestività, alla Consip, la quietanza di pagamento del premio periodico, atta a comprovare la validità della polizza fideiussoria prodotta per la stipula del contratto o, nei diversi casi di sostituzione del garante, variazioni anagrafiche o integrazioni, la nuova polizza/appendice eventualmente stipulata, in relazione al presente contratto.

Art. 27 – Divieto di cessione del contratto e cessione del credito

È fatto divieto alla Società di cedere, a qualsiasi titolo, il presente contratto, a pena di nullità della cessione stessa, fatto salvo quanto previsto dall'art. 106, comma 1, lett. d), del d. lgs. n. 50/2016 e s.m.

La Società può cedere a terzi i crediti derivanti allo stesso dal presente contratto, nelle modalità espresse dall'art. 106, comma 13, D. Lgs. 50/2016. Le cessioni dei crediti devono essere stipulate mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata e devono essere notificate alla Consip. Si applicano le disposizioni di cui alla Legge n. 52/1991.

È fatto, altresì, divieto alla Società di conferire, in qualsiasi forma, procure all'incasso.

In caso di inadempimento da parte della Società ai suddetti obblighi, la Consip, fermo restando il diritto al risarcimento del danno, ha facoltà di dichiarare risolto di diritto il presente Contratto.

Resta fermo quanto previsto in tema di tracciabilità dei flussi finanziari.

Art. 28 – Subappalto

< se il subappalto è dichiarato, inserire:

Il subappalto sarà regolato da quanto previsto dall'art. 105 del Codice nonché dai successivi commi. Rimane fermo che non può essere affidata in subappalto l'integrale esecuzione del contratto, nonché la prevalente esecuzione dei contratti ad alta intensità di manodopera; inoltre, non potrà essere affidata in subappalto la parte delle prestazioni che devono essere eseguite direttamente dal Fornitore, laddove sia stato previsto nel disciplinare di gara.

La Società si impegna a depositare presso la Consip, almeno venti giorni prima della data di effettivo inizio dell'esecuzione delle attività oggetto del subappalto: i) l'originale o la copia autentica del contratto di subappalto che deve indicare puntualmente l'ambito operativo del subappalto sia in termini prestazionali che economici; ii) dichiarazione attestante il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti richiesti dal Bando di gara, per lo svolgimento delle attività allo stesso affidate, ivi inclusi i requisiti di ordine generale di cui all'articolo 80 del D. Lgs. n. 50/2016; iii) dichiarazione dell'appaltatore relativa alla sussistenza o meno di eventuali forme di controllo o collegamento a norma dell'art. 2359 c.c. con il subappaltatore; se del caso, v)



documentazione attestante il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti di qualificazione/certificazione prescritti dal D. Lgs. n. 50/2016 per l'esecuzione delle attività affidate.

Resta inteso che la Società si impegna ad inserire, nel contratto di subappalto e negli altri subcontratti, una clausola che preveda il rispetto degli obblighi di cui al Patto di Integrità da parte dei subappaltatori/subcontraenti, e la risoluzione, ai sensi dell'art. 1456 c.c., del contratto di subappalto e/o degli altri subcontratti, nel caso di violazione di tali obblighi da parte di questi ultimi; la Società dovrà dare tempestiva comunicazione a Consip dell'intervenuta risoluzione.

In caso di mancato deposito di taluno dei suindicati documenti nel termine all'uopo previsto, la Consip procederà a richiedere alla Società l'integrazione della suddetta documentazione. Resta inteso che la suddetta richiesta di integrazione comporta l'interruzione del termine per la definizione del procedimento di autorizzazione del sub-appalto, che ricomincerà a decorrere dal completamento della documentazione.

I subappaltatori dovranno mantenere per tutta la durata del presente contratto, i requisiti richiesti per il rilascio dell'autorizzazione al subappalto. In caso di perdita dei detti requisiti la Consip revocherà l'autorizzazione.

L'impresa qualora l'oggetto del subappalto subisca variazioni e l'importo dello stesso sia incrementato nonché siano variati i requisiti di qualificazione o le certificazioni deve acquisire una autorizzazione integrativa.

Per le prestazioni affidate in subappalto:

i) il subappaltatore, ai sensi dell'art. 105, comma 14, del Codice, deve garantire gli stessi standard qualitativi e prestazionali previsti nel contratto di appalto e riconoscere ai lavoratori un trattamento economico e normativo non inferiore a quello che avrebbe garantito il contraente principale, inclusa l'applicazione dei medesimi contratti collettivi nazionali di lavoro, qualora le attività oggetto di subappalto coincidano con quelle caratterizzanti l'oggetto dell'appalto ovvero riguardino le lavorazioni relative alle categorie prevalenti e siano incluse nell'oggetto sociale del contraente principale;

ii) devono essere corrisposti i costi della sicurezza e della manodopera, relativi alle prestazioni affidate in subappalto, alle imprese subappaltatrici senza alcun ribasso.

La Consip, sentito il direttore dell'esecuzione, provvede alla verifica dell'effettiva applicazione degli obblighi di cui al presente comma. Il Fornitore è solidalmente responsabile con il subappaltatore degli adempimenti, da parte di questo ultimo, degli obblighi di sicurezza previsti dalla normativa vigente.

La Società e il subappaltatore sono responsabili in solido, nei confronti della Consip S.p.A. e/o delle Amministrazioni Contraenti, in relazione alle prestazioni oggetto del contratto di subappalto.

La Società è responsabile in via esclusiva nei confronti della Consip dei danni che dovessero derivare alla Consip o a terzi per fatti comunque imputabili ai soggetti cui sono state affidate le suddette attività. In particolare, la Società e il subappaltatore si impegnano a manlevare e tenere indenne la Consip da qualsivoglia pretesa di terzi per fatti e colpe imputabili al subappaltatore o ai suoi ausiliari derivanti da qualsiasi perdita, danno, responsabilità, costo o spesa che possano originarsi da eventuali violazioni del Regolamento 679/2016.

La Società è responsabile in solido dell'osservanza del trattamento economico e normativo stabilito dai contratti collettivi nazionale e territoriale in vigore per il settore e per la zona nella quale si eseguono le prestazioni da parte del subappaltatore nei confronti dei suoi dipendenti, per le prestazioni rese nell'ambito del subappalto. La Società trasmette alla Consip prima dell'inizio delle prestazioni la documentazione di



avvenuta denuncia agli enti previdenziali, inclusa la Cassa edile, ove presente, assicurativi e antinfortunistici, nonché copia del piano della sicurezza di cui al D. Lgs. n. 81/2008. Ai fini del pagamento delle prestazioni rese nell'ambito dell'appalto o del subappalto, la stazione appaltante acquisisce d'ufficio il documento unico di regolarità contributiva in corso di validità relativo a tutti i subappaltatori.

La Società è responsabile in solido con il subappaltatore in relazione agli obblighi retributivi e contributivi, ai sensi dell'art. 29 del D. Lgs. n. 276/2003, ad eccezione del caso in cui ricorrano le fattispecie di cui all'art. 105, comma 13, lett. a) e c), del D. Lgs. n. 50/2016.

La Società si impegna a sostituire i subappaltatori relativamente ai quali apposita verifica abbia dimostrato la sussistenza dei motivi di esclusione di cui all'articolo 80 del D. Lgs. n. 50/2016.

Trova applicazione l'art. 105, comma 13, del d. lgs. n. 50/2016 e s.m.i. al ricorrere dei prescritti presupposti. Ove tale previsione non sia applicata, e salvo diversa indicazione del direttore dell'esecuzione, l'Impresa si obbliga a trasmettere alla Consip entro 20 giorni dalla data di ciascun pagamento effettuato nei confronti del subappaltatore, copia delle fatture quietanzate relative ai pagamenti da essa via via corrisposte al subappaltatore.

L'esecuzione delle attività subappaltate non può formare oggetto di ulteriore subappalto.

In caso di inadempimento da parte della Società agli obblighi di cui ai precedenti commi, la Consip può risolvere il Contratto, salvo il diritto al risarcimento del danno.

Ai sensi dell'art. 105, comma 2, del D. Lgs. n. 50/2016, la Società si obbliga a comunicare alla Consip, prima dell'inizio della prestazione, per tutti i sub-contratti che non sono subappalti, stipulati per l'esecuzione del contratto, il nome del sub-contraente, l'importo del sub-contratto, l'oggetto del lavoro, servizio o fornitura affidati. Sono, altresì, comunicate eventuali modifiche a tali informazioni avvenute nel corso del sub-contratto.

Non costituiscono subappalto le fattispecie di cui al comma 3 dell'art. 105 del d. lgs. n. 50/2016 e s.m.i.. Nel caso in cui la Società intenda ricorrere alle prestazioni di soggetti terzi in forza di contratti continuativi di cooperazione, servizio e/o fornitura gli stessi devono essere stati sottoscritti in epoca anteriore all'indizione della procedura finalizzata all'aggiudicazione del contratto e devono essere consegnati alla Committente prima o contestualmente alla sottoscrizione del Contratto.

Restano fermi tutti gli obblighi e gli adempimenti previsti dall'art. 48-bis del D.P.R. 602 del 29 settembre 1973 nonché dai successivi regolamenti.

Tutta la documentazione inerente la richiesta di subappalto che dovrà essere predisposta in formato PDF/A, dovrà essere firmata digitalmente dal rappresentante delle Società munito di poteri di firma, pena il rigetto della richiesta medesima.

La Consip provvederà a comunicare al Casellario Informatico le informazioni di cui alla Determinazione dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici (ora A.N.AC) n. 1 del 10/01/2008.

< ...ovvero, in alternativa, se il subappalto non è dichiarato, inserire:

La Società, conformemente a quanto dichiarato in sede di offerta, non intende affidare in subappalto l'esecuzione di alcuna attività oggetto delle prestazioni contrattuali. *>*

Art. 29 – Incompatibilità



La Società dichiara espressamente ed irrevocabilmente che la conclusione della Contratto avviene nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001.

Qualora non risultasse conforme al vero la dichiarazione resa, la Società prende atto e accetta che si applicheranno le conseguenze previste dalla predetta normativa.

Sezione 2 – Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

Le norme che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano il contratto di assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme che regolano la gestione sinistri, le disposizioni legislative in materia nonché le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più estensiva e favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art. 1 – Oggetto della copertura

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, compreso il rischio in itinere.

Limitatamente alle categorie assicurate per le quali è espressamente richiamata nella Sezione 6 l'estensione ai rischi extraprofessionali, si conviene che l'Assicurazione vale altresì nello svolgimento di ogni altra attività svolta dall'Assicurato senza carattere di professionalità.

Ai sensi della presente polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- danni estetici conseguenti ad infortunio.
- le infezioni (malattie virali, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente;

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- gli infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, uso di armi anche non convenzionali, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore od incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi dell'Assicurato;

- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di cicli, 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 abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali;

Il coma irreversibile è equiparato a morte

Art. 2 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio Guerra";
- durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio volo";
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio indennizzabile;
- in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
- sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- alla guida di veicoli o natanti a motore in genere qualora non sia mai stata conseguita la relativa abilitazione alla guida;
- in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni con autorespiratore, gare con utilizzo di veicoli o natanti a motore (salvo i raduni automobilistici e gare di regolarità pura) nonché relative prove ed allenamenti, alpinismo e arrampicata libera oltre il terzo grado eseguiti senza accompagnamento di Guida professionista, Istruttore del Club Alpino Italiano o comunque riconosciuto da altro Club Alpino Nazionale.

Art. 3 – Morte

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, testamentari o legittimi dell'Assicurato, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art. 4 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per l'invalidità assoluta, secondo la Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia



professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n. 1124, (Settore Industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

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.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

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.

Art. 5 – Rimborso Spese Mediche *(opzione base) - vale 0 punti*

La Società, in caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa fino alla concorrenza di € 7.500,00 per evento: le spese e gli onorari sostenuti per prestazioni mediche e chirurgiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, accertamenti medico legali, terapie fisiche e trattamenti riabilitativi, acquisto di farmaci, tutori, presidi e protesi ortopediche ed oculari, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi.

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.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 5 – Rimborso Spese Mediche *(opzione migliorativa) –vale 5 punti*

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la Morte, l'Invalidità Permanente o l'Inabilità Temporanea dell'Assicurato, rimborsa fino alla concorrenza di € 7.500,00 per evento: le spese e gli onorari sostenuti per prestazioni mediche e chirurgiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, accertamenti medico legali, terapie fisiche e trattamenti riabilitativi, acquisto di farmaci, tutori, presidi e protesi ortopediche ed oculari, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi.

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. 6 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili *(opzione base) - vale 0 punti*

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale:

- le persone di età superiore a ottant'anni; tuttavia, per assicurati che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa irrevocabilmente al compimento di detto termine;
- indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.
- Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione, altresì, cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 6 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili (opzione migliorativa) –vale 5 punti

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale:

- le persone di età superiore a ottant'anni; tuttavia, per assicurati che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa irrevocabilmente al compimento di detto termine;
- indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 7 - Cumulo di indennità

L'indennità per Invalidità Permanente non è cumulabile con quella per Morte. Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro un due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato

Oppure in mancanza,

- l'importo offerto

oppure, se non vi è ancora stata l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dalla Società con le modalità e nei termini stabiliti dalle "Norme che regolano l'Assicurazione in particolare". A tal fine, andrà fornita alla Società la documentazione attestante la stabilizzazione in vita dei postumi permanenti invalidanti, corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica e, in caso di ricovero, la cartella clinica.

Quanto sopra è applicabile anche nel caso in cui l'Assicurato deceda a causa dell'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, qualora la garanzia Morte non fosse prestata.

Al fine di individuare con certezza gli eredi, gli stessi dovranno fornire alla Società:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minore o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione, se necessaria, per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Sezione 3 – Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia

Art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione *(opzione base) - vale 0 punti*

L'assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente conseguente a Malattia insorta successivamente alla data di effetto della presente assicurazione e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione, per le seguenti categorie:

B. Amministratore Delegato

C. Dirigenti

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

(opzione migliorativa) –vale 10 punti

Premesso che la Contraente ha in corso fino al 30.06.2023 – per le suddette categorie di assicurati, una copertura per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia, si conviene che per la presente polizza, per i soggetti in forza alla data del 30.06.2023, si intendono abrogati i termini di aspettativa previsti al primo capoverso.

Art. 2 – Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia le Invalidità Permanenti derivanti da:

- a. intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o dall'uso a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, di stupefacenti, di allucinogeni;
- b. trasmutazione del nucleo dell'atomo, nonché da radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c. malattie professionali di cui al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche;
- d. eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezione a carattere generale;
- e. dolo dell'Assicurato;
- f. malattie e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato;
- g. malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- h. positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi ad essa correlate;
- i. trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche.

Art. 3 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili *(opzione base) - vale 0 punti*

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. salvo patto speciale, le persone di età superiore a 70 anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa irrevocabilmente al compimento di detto termine.
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 3 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili (*opzione migliorativa*) –vale 10 punti

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. salvo patto speciale, le persone di età superiore a 75 anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa irrevocabilmente al compimento di detto termine.
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 4 – Criteri di liquidazione

In caso di accertata Invalidità Permanente si conviene che non si farà luogo ad indennizzo quando la stessa sia di grado inferiore al 25% della totale. Se invece essa risulterà superiore o pari al 25% della totale, l'impresa liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da Applicare sulla somma assicurata
25	1
26	3
27	5
28	7
29	9
30	11
31	13
32	15
33	17
34	19
35	21
36	23
37	25
38	27
39	29
40	31
41	33
42	35
43	37
44	39
45	41
46	43

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da Applicare sulla somma assicurata
47	45
48	47
49	49
50	52
51	55
52	58
53	61
54	64
55	67
56	70
57	73
58	76
59	79
60	82
61	85
62	88
62	91
64	94
65	97
66	100
Oltre 66	100

Limitatamente alla categoria C - Dirigenti si conviene tra le Parti che, in caso di Invalidità Permanente accertata di grado superiore al 65%, qualora risulti efficace ed operante la garanzia invalidità Permanente e Totale della Polizza "Temporanea Caso Morte e Invalidità Totale e Permanente del personale dirigente", non si darà luogo ad indennizzo con la presente polizza. Qualora invece la suddetta garanzia dovesse risultare inoperante od



inefficace per qualunque causa la Società corrisponderà l'indennizzo spettante in base alle condizioni della presente polizza.

La valutazione dell'Invalidità Permanente viene effettuata con riferimento alla tabella allegata al T.U. sulla assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e per le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche non prima che sia decorso un anno dalla denuncia e comunque non oltre 24 mesi da tale data.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella INAIL, l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

La visita fiscale sarà effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico della Compagnia, i quali definiranno e concorderanno il grado di invalidità permanente.

In caso di controversie vale quanto previsto dalle Norme che regolano la gestione sinistri

Art. 5 – Cumulo di indennità

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

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che sia stato accertato il grado di invalidità permanente e prima di aver percepito l'indennizzo dovuto, la Società, previa produzione del certificato di morte, liquida ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi legittimi, l'importo già concordato, oppure in mancanza, l'importo offerto.

Sezione 4 – Condizioni particolari

Art. 1 – Rinuncia alla surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surrogazione che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

Art. 2 - Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai termini della presente assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 3 - Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art 1 (Oggetto della copertura) della Sezione 1, si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata per l'Invalidità Permanente;
- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata per l'Invalidità Permanente;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata per l'Invalidità Permanente.

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 3 – Controversie – della Sezione 5.

Art. 4 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

Sono comprese in garanzia le malattie professionali che si manifestassero nel corso della validità della Polizza, intendendosi come tali quelle riconosciute per l'industria dalla legge infortuni sul lavoro di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 T.U. e successive modificazioni ed integrazioni e dalla Direttiva del Consiglio delle Comunità Europee n. 90/270 del 29.5.1990.

In caso di invalidità permanente causata da malattia professionale la valutazione delle percentuali di invalidità permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n. 1124(per l'industria)

di cui sopra e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali indicati in polizza per il caso di invalidità Permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla compagnia in contanti anziché sotto forma di rendita.

L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

Art. 5 - Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo 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. Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso. 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:

- €2.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €2.000.000,00.= per il caso morte

per persona, e di:

- €20.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €20.000.000,00.= 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. 6 - Esposizione agli elementi:

L'Assicuratore, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es: perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 7 - Rischio Guerra



A parziale deroga del disposto dell'articolo denominato "Esclusioni", 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. 8 – Rischio sportivo

Limitatamente agli assicurati per i quali è operante l'estensione ai rischi extraprofessionali, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di quelli elencati nell'articolo denominato "Esclusioni".

Art. 9 - Danni estetici

Si conviene che, in caso di Infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente Contratto, l'Assicuratore riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato allo scopo di ridurre o eliminare il danno fino a concorrenza di Euro 5.000,00 per evento.

Art. 10 - Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali che dovessero contrarre le persone assicurate.

L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buone condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 10%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 10% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 10% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

Per tale estensione di garanzia la somma assicurata per l'Invalidità Permanente si intende fissata in € 300.000,00.

Art. 11 - Rientro sanitario - *(opzione base) - vale 0 punti*

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 10.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 11 - Rientro sanitario - *(opzione migliorativa A) vale 3 punti*

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 25.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 11 -Rientro sanitario - (opzione migliorativa B) - vale 5 punti

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 50.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art. 12 - 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, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 10.000,00.

Art. 13 - Clausola Dirigenti

Relativamente alla categoria dei Dirigenti, si conviene quanto segue:

- l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro;
- qualora, in conseguenza di una malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso dell'invalidità permanente viene liquidata al 100%.
- Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta al 50%, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente viene liquidata al 100%.

Art. 14 - Clausola Quadri

Relativamente alla categoria dei quadri, si conviene quanto segue:

- l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro;
- Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta al 50%, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente viene liquidata al 100%.

Art. 15 - Commorienza

Qualora lo stesso evento provochi la morte, oltre che dell'Assicurato, anche del coniuge (o convivente more uxorio) e risultino beneficiari dell'Assicurazione figli di minore età o comunque studenti in regolare corso del piano di studi, l'indennizzo ad essi spettante si intende raddoppiato. Il maggiore esborso a carico della Società per effetto della presente estensione di garanzia non potrà comunque superare € 1.000.000,00.

Art. 16 – Esonero denuncia infermità e difetti

il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.



In caso di infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal presente contratto.

Art. 17 – Esonero generalità degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione della Contraente, libri che questa si impegna ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore di fare accertamenti e controlli.

In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, e riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è obbligatoria ai sensi di legge o di CCNL, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.

Art. 18 – Personale distaccato, comandato, in telelavoro o lavoro agile

Le garanzie si intendono operanti anche qualora gli Assicurati fossero distaccati o comandati o prestino la propria attività presso terzi, su incarico e/o disposizione della Contraente e per il personale operativo in telelavoro o lavoro agile.

Art. 19 – Responsabilità del contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità. L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.

Sezione 5 – Categorie, somme assicurate, franchigie e calcolo del premio

Art. 1 - Soggetti assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie per le quali il Contraente ha l'obbligo od 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, compreso il rischio in itinere, nonché, limitatamente alle categorie per le quali sono previsti, per i rischi extra-professionali.

Art. 2 – Categorie assicurate

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per gli Assicurati appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per i rischi, somme assicurate specificamente indicati.

Si conviene che per l'identificazione degli Assicurati e del loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli apposti atti del Contraente.

A. COMPONENTI CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

L'Assicurazione è efficace per i componenti del Consiglio di Amministrazione (escluso l'Amministratore Delegato) della Contraente:

Garanzia	Somma assicurata pro-capite	Franchigie	
<i>Rischi coperti</i>	<i>Professional</i>	<i>Professional</i>	<i>Extra-professionali</i>
Caso Morte	€ 1.200.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€ 1.000.000,00	0 %	Non applicabile
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 7.500,00	Non applicabile	Non applicabile

B. AMMINISTRATORE DELEGATO

L'Assicurazione è efficace per l'Amministratore Delegato della Contraente:

Garanzia	Somma assicurata pro-capite	Franchigie	
<i>Rischi coperti</i>	<i>Professional ed Extra-professionali</i>	<i>Professional</i>	<i>Extra-professionali</i>
Caso Morte	5 volte la R.A.L. con il limite di € 1.800.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente da infortunio	6 volte la R.A.L. con il limite di € 2.000.000,00	0 %	0 %

Caso Invalidità Permanente da Malattia	€ 150.000,00	25 %	25 %
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 7.500,00	Non applicabile	Non applicabile

C. DIRIGENTI

L'Assicurazione è efficace per tutti i Dirigenti della Contraente:

Garanzia	Somma assicurata pro-capite	Franchigie	
<i>Rischi coperti</i>	<i>Professionalisti ed Extra-professionisti</i>	<i>Professionalisti</i>	<i>Extra-professionisti</i>
Caso Morte	5 volte la R.A.L. con il limite di € 1.500.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente da infortunio	6 volte la R.A.L. con il limite di € 1.800.000,00	0 %	0 %
Caso Invalidità Permanente da Malattia	€ 150.000,00	25 %	25 %
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 7.500,00	Non applicabile	Non applicabile

D. DIPENDENTI DI OGNI ORDINE E GRADO

L'Assicurazione è efficace per tutti i Dipendenti di ogni ordine e grado della Contraente.

Garanzia	Somma assicurata pro-capite	Franchigie	
<i>Rischi coperti</i>	<i>Professionalisti ed Extra-professionisti</i>	<i>Professionalisti</i>	<i>Extra-professionisti</i>
Caso Morte	5 volte la R.A.L. con il limite di € 500.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente da infortunio	6 volte la R.A.L. con il limite di € 600.000,00	0 %	3% per I.P. <= 15%
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 7.500,00	Non applicabile	Non applicabile

Art. 3 – Calcolo del premio

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei seguenti premi unitari forniti dalla Società in sede di offerta economica, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri espressamente indicati:

Categoria	Parametro	Numero	Valore	Tasso lordo % applicato	Premio annuo lordo (Comprensivo di imposte e altre tasse)
A. Componenti Consiglio di Amministrazione	Numero	3	€ 6.600.000,00 ‰	€
B. Amministratore Delegato (Rischi professionali)	Compenso/R.A.L.		€ 208.000,00 ‰	€
B. Amministratore Delegato (Rischi Extra-professionali)	Compenso/R.A.L.		€ 208.000,00 ‰	€ <i>[il Contraente si riserva di comunicare se intende attivare la garanzia – indicare il tasso nell'offerta]</i>
C. Dirigenti (Rischi professionali)	Retribuzioni totali		€ 4.190.178,00 ‰	€
C. Dirigenti (Rischi Extra-professionali)	Retribuzioni totali		€ 4.190.178,00 ‰	€
D. Dipendenti (Rischi professionali)	Retribuzioni totali		€ 19.720.000,00 ‰	€
D. Dipendenti (Rischi Extra-professionali)	Retribuzioni totali		€ 19.720.000,00 ‰	€
Amministratore Delegato e Dirigenti (Rischio IPM)	Numero	36	€ 4.398.078,00 ‰	€

SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO	
Premio annuo imponibile	€
Imposte	€
Premio annuo lordo complessivo	€

Al termine di ogni annualità il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i premi unitari sopra indicati, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 18 Regolazione e conguaglio del premio, della presente polizza.

Art. 4 – Limite catastrofale (opzione base) - vale 0 punti



Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà essere superiore all'importo di € 20.000.000,00 (ventimilioni/00).

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 4 – Limite catastrofale - (opzione migliorativa) - vale 10 punti

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà essere superiore all'importo di € 30.000.000,00 (trentamila/00).

Sezione 6 – Norme che regolano la gestione sinistri

Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

Entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, deve essere fatta denuncia di ciascun sinistro alla Società per il tramite del Broker. La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio degli infortunati e dei testimoni, la data, l'ora e il luogo, nonché le cause del sinistro e dovrà essere corredata di certificato medico.

Il Contraente/Assicurato deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, la ulteriore documentazione del caso.

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.

Art. 2 - Denuncia dei sinistri - Obblighi dell'Assicurato relativi alla Invalidità Permanente da Malattia

L'Assicurato deve denunciare al Broker o alla Società qualsiasi malattia che, secondo parere medico, abbia provocato o possa provocare una invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza; la denuncia deve essere effettuata entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza e comunque non oltre un anno dalla data di cessazione del contratto.

La Società dovrà dare comunicazione al Broker dell'apertura del Sinistro e dei relativi estremi entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione della denuncia, segnalando il numero di riferimento assegnato al Sinistro.

Art. 3 – Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, o sul grado o durata della Inabilità Temporanea, l'Assicurato e la Società, si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza/domicilio dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.



La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennizzo viene corrisposto in Italia nella valuta corrente.

Data

Sottoscrizione digitale

Dichiarazione

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza.

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

Sezione 1 - Art. 3 – Variazione del rischio

Sezione 1 - Art. 4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

Sezione 1 - Art. 5 – Clausola di recesso per aggravamento del rischio

Sezione 1 - Art. 6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Sezione 1 - Art. 7 - Durata del contratto

Sezione 1 - Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Sezione 1 - Art. 13 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

Sezione 1 – Art. 26 – Garanzia definitiva

Sezione 1 – Art. 27 – Divieto di cessione del contratto e cessione del credito

Sezione 1 – Art. 28 – Subappalto

Sezione 1 – Art. 29 - Incompatibilità

Sezione 2 - Art 6 –Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Sezione 3 -Art. 3 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Sezione 6 - Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

Sezione 6 - Art. 2 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi relativi alla Invalidità Permanente da Malattia

Data

Sottoscrizione digitale