

CAPITOLATO DI POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza
stipulata tra la

G.E.A.T. S.R.L
Via Lombardia, 17 – RICCIONE
P.I. 02418910408

e la Società

DURATA DEL CONTRATTO

dalle ore 24.00' del 31.12.2022
alle ore 24.00' del 31.12.2025

Redatto da:
UNION BROKERS S.R.L.
Via Gandhi n° 16– 42123 Reggio Emilia
Tel.: 0522.290111 Fax.: 0522.284939
www.unionbrokers.it - Email: info@unionbrokers.it

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per :

SOCIETA' l'impresa assicuratrice;

ASSICURAZIONE Il contratto di assicurazione;

**CONTRATTO DI -
ASSICURAZIONE** Il documento che prova l'assicurazione;

CONTRAENTE G.E.A.T. S.R.L

ASSICURATO Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

PREMIO La somma dovuta dal Contraente alla Società;

RISCHIO La probabilità che si verifichi il sinistro;

INDENNITA' La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

richiesta di risarcimento
e/o circostanza

Comunicazione da parte di un assicurato all'ufficio responsabile del contraente con la segnalazione dell'infortunio o dell'inizio della malattia.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

1. Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 6 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 7 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art 6 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

Art. 2 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successive stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 C.C.).

Art. 3 - Pagamento del Premio (non modificabile)

A parziale deroga dell' art. 1901 del C.C. le garanzie saranno valide anche se il Premio sarà corrisposto **entro 90 (novanta)** giorni dal perfezionamento della polizza.

Il pagamento successivo alla prima rata è elevato a **60 (sessanta)** giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

Se l'Assicurato non paga il Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società Assicurativa al pagamento dei premi scaduti. Il termine di pagamento elevato a 60 giorni vale anche per eventuali proroghe, rinnovi, riaffidi ed appendici riguardanti la presente polizza.

Art. 3.BIS – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010 (non modificabile)

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010. Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla società e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 C.C.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si

estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 4 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 5 Variazione del rischio

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

2. 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 all'Assicuratore. Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione del contraente, (variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere del contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte)

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

Art. 6 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, l'Assicuratore può segnalare al contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 5 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016 , la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti, o ai massimali assicurati.

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. 7 Clausola di recesso

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 6(Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art 6(Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

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, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 60 (sessanta) giorni. Il contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art 15 (Produzione di informazioni sui sinistri) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 8 - Obblighi dell'Assicurato – Denuncia del Sinistro

Nel caso si verifichi una delle condizioni descritte alla definizione di richiesta di risarcimento e/o circostanza, il contraente deve darne avviso per iscritto agli Assicuratori ai quali è assegnata la Polizza anche per il tramite del broker indicato in Polizza, entro 30 giorni a decorrere in cui l'Ufficio competente del contraente ne abbia preso visione

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo (art. 1915 C.C.).

Art. 9 – Durata e cessazione del contratto e recesso annuale. (non modificabile)

L'assicurazione ha validità dalle ore 24:00 del 31.03.2021 alle ore 24:00 del 31.12.2022, a prescindere dal pagamento della prima rata di premio, che dovrà avvenire entro **90 (novanta)** giorni dal perfezionamento polizza.

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

A richiesta del Contraente, la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni. Il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in via provvisoria in misura proporzionale alla durata richiesta. A richiesta del Contraente, la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni. Il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in via provvisoria in misura proporzionale alla durata richiesta.

Le Parti si riservano la facoltà di recedere il contratto al termine di ciascun anno di assicurazione mediante preavviso scritto, spedito almeno **30 (trenta)** giorni prima della scadenza da parte della Contraente/Assicurato e **90 (novanta)** giorni prima da parte della Società Assicuratrice.

Art. 10 – Oneri fiscali e Imposte

Gli oneri fiscali e le imposte relative all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 11 – Foro competente

Foro e sede arbitrale competente è esclusivamente quello del luogo in cui ha sede il Contraente.

Art. 12 – Rinvio alle norme di legge

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Art. 13 – Riservatezza dei dati personali

La Società diviene titolare autonomo del trattamento dei dati dei terzi (danneggiati, ecc.) coinvolti nel rapporto assicurativo tra il contraente e la Società

Art. 14 – Interpretazione della polizza

Si conviene fra le parti che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza anche qualora fossero discordanti tra loro ; pertanto le condizioni dattiloscritte avranno prevalenza sulle condizioni generali e particolari di assicurazione, prestampate.

Art 15– produzione di informazioni sinistri

1. Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 2, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in

formato [standard digitale aperto] tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro :

- **il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;**
 - **la data di accadimento dell'evento;**
 - **Nome dell'infortunato**
 - *la data della denuncia;*
 - **la tipologia dell'evento,**
 - **la tipologia di rischio assicurato (ad esempio, ramo assicurativo);**
 - **la tipologia di indennizzo (se diretto o indiretto);**
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:***

a) sinistro agli atti, senza seguito;

b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;

c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.]:

2. *In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere al Contraente un importo come definito dal capitolato d'oneri*
3. *l'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.*
4. *Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.*

ART. 16 – Buona Fede

Le inesatte od incomplete comunicazioni e dichiarazioni del contraente sono riconosciute come rese in buona fede dalla Società fino a prova del contrario, pertanto la polizza in relazione a queste avrà piena validità, salvo il diritto della Società a percepire l'eventuale quota di premio spettante e non pagata relativamente al maggior rischio.

ART. 17 - CORRESPONSABILITA' DEGLI ASSICURATI

Resta fra le parti convenuto che, in caso di corresponsabilità fra gli Assicurati, l'esposizione globale dell'infrascritta Società non potrà superare, per ogni sinistro, i massimali previsti dal precedente articolo.

ART. 18 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione ha validità nel mondo intero.

ART. 19 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione ed esecuzione della presente polizza alla Società UNION BROKERS S.R.L attuale Broker incaricato ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005. Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute. Si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale, le stesse impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto. Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa

che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento ISVAP n.05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi.

La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'Art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato. La remunerazione del broker avverrà mediante trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società. Nell'eventualità che la gestione del presente contratto sia affidata ad un corrispondente o Coverholder del Lloyd's di Londra, si prende e si da atto che:

Ogni comunicazione effettuata al corrispondente si considererà come effettuata agli Assicuratori;

Ogni comunicazione effettuata dal corrispondente si considererà come effettuata dagli Assicuratori;

Ogni comunicazione effettuata al Broker mandatario dal corrispondente s'intenderà come fatta all'assicurato;

Ogni comunicazione effettuata dal Broker al corrispondente si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

La Società autorizza all'incasso dei premi e/o delle somme dovute agli assicuratori il corrispondente e riconosce che i pagamenti effettuati dal Contraente/Broker al corrispondente hanno effetto liberatorio nei confronti della contraenza e conseguentemente impegna la Società a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

ART. 20 - PREMIO DELL'ASSICURAZIONE E REGOLAZIONE PREMIO

Premio Anticipato

Il premio annuo lordo della presente assicurazione viene calcolato sulla base della **SCHEDA SOGGETTI ASSICURATI DALLA PRESENTE POLIZZA e relativa tabella con i capitali assicurati.**

Regolazione Premio

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

A tale scopo entro **90 (novanta)** giorni dalla data di richiesta da parte della Società, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari. Tale richiesta non può essere fatta prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei **60 (sessanta)** giorni dalla comunicazione da parte della Società del premio dovuto, effettuata mediante emissione di apposita appendice di regolazione premio. Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a **60 (sessanta)** giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 15 (quindici) giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Si precisa che, fino alla differenza attive o passive del 10% (dieci per cento) del premio anticipato non si darà luogo a regolazioni premio.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Qualora detta regolazione dovesse avere un valore negativo per la Società, la somma corrispondente sarà rimborsata al contraente.

ART. 21 - COASSICURAZIONE E DELEGA.

Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, debbono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le coassicuratrici.

Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta impegna ciascuna di esse dopo la firma dell'atto relativo.

ART. 22 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

Premesso che la clausola di diritto di rivalsa non costituisce onere aggiuntivo a carico del contraente, la Società, per somme pagate a titolo di risarcimento del danno a terzi, per sinistri liquidati ai sensi di polizza, fermo restando l'analogo diritto spettante al Contraente per Legge, rinuncia ad esercitare il diritto di rivalsa nei confronti dei prestatori di lavoro del Contraente assicurato, Ente o Società collegata o partecipata loro Legali rappresentanti e prestatori di lavoro, autori del fatto dannoso ove questi fossero ritenuti responsabili.

La Società rinuncia anche al diritto di rivalsa sancito dall'Art. 1916 C.C. nei confronti dei Terzi responsabili del danno.

ART. 23 – INESATTA INTERPRETAZIONE NORME DI LEGGE

L'assicurazione di responsabilità civile verso i prestatori di lavoro conserva la propria validità anche se il contraente non è in regola con gli obblighi di Legge in quanto ciò derivi da comprovata inesatta interpretazione delle norme di Legge vigenti in materia.

ART. 24 – COLPA GRAVE

La Società è obbligata anche se il sinistro è stato cagionato con colpa grave dell'assicurato, a norma di Legge nonché di dolo e colpa grave delle persone di cui Contraente e/o l'Assicurato debba rispondere.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione è operante per gli infortuni che gli Assicurati, come individuati al successivo Art.15, subiscano in occasione della partecipazione alle attività organizzate dal Contraente e/o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente.

ART.2 - ASSICURATI – OPERATIVITA' GARANZIE

Premessa:

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate, per l'identificazione di tali persone e dei dati necessari alla definizione delle liquidazioni si farà riferimento agli atti in possesso dal Contraente, che si obbliga ad esibirli in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società a fare accertamenti e controlli.

A) PRESIDENTE

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica di Presidente del CDA del contraente e cessa automaticamente all'atto della cessazione del rapporto di lavoro.

Sono compresi in garanzia tutti gli infortuni verificatisi durante i trasferimenti effettuati, oltre che a piedi, con qualsiasi mezzo.

B) DIRETTORE GENERALE

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni e/o malattie verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica di Direttore Generale del contraente e cessa automaticamente all'atto della cessazione del rapporto di lavoro.

Sono compresi in garanzia tutti gli infortuni verificatisi durante i trasferimenti effettuati, oltre che a piedi, con qualsiasi mezzo.

C) CDA

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica di Consigliere facente parte del CDA del contraente e cessa automaticamente all'atto della cessazione del rapporto di lavoro.

Sono compresi in garanzia tutti gli infortuni verificatisi durante i trasferimenti effettuati, oltre che a piedi, con qualsiasi mezzo.

D) Sindaci

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica di Sindaco del contraente e cessa automaticamente all'atto della cessazione del rapporto di lavoro.

Sono compresi in garanzia tutti gli infortuni verificatisi durante i trasferimenti effettuati, oltre che a piedi, con qualsiasi mezzo.

E) Dipendenti - Dirigenti – collaboratori, lavoratori "parasubordinati" ed altri soggetti autorizzati

Dipendenti - Dirigenti – collaboratori, lavoratori "parasubordinati" ed altri soggetti autorizzati quali conducenti che utilizzano il proprio mezzo e/o quello del contraente per motivi di servizio. Sono assicurati anche i conducenti terzi di automezzi del contraente purché autorizzati dall'Contraente stesso.

La garanzia si intende prestata a favore dei soggetti sopra citati in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio con proprio mezzo di trasporto e/o di proprietà del contraente.

Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli stessi e gli infortuni subiti dagli assicurati mentre attendono, in caso di fermata del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi D.P.R., gli importi indicati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

ART.3- RISCHI COPERTI

Valgono le garanzie indicate alla tabella "Capitali assicurati" riportata all'ultima pagina del presente contratto.

ART.4 – VALIDITA' DELLA GARANZIA

Sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:

- danni subiti in conseguenza di imprudenza, imperizia o negligenza anche gravi, nonché in stato di malore od incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti);
- danni cagionati da calci e morsi di animali in genere compresi rettili ed aracnoidi;
- danni causati da punture di insetti, esclusi la malaria, gli avvelenamenti acuti di origine traumatica causati da ingestione od assorbimento di sostanze;
- danni causati da colpi di sole e di calore, nonché da influenze termiche ed atmosferiche;
- danni causati da asfissia per subitanea fuga di gas o vapori;
- danni causati da annegamento, assideramento congelamento e folgorazione;
- danni cagionati da sforzi muscolari traumatici;
- danni derivanti da tumulti popolari, aggressioni, o da atti violenti aventi movente politico o sociale, azioni di dirottamento o di pirateria aerea, purché non vi sia stata partecipazione attiva dell'Assicurato;
- danni derivanti da atti di temerarietà compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- danni da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

Si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni più sotto indicati in via esemplificativa e non limitativa derivanti all'Assicurato:

- danni durante la guida di autoveicoli, motocicli di qualsiasi cilindrata, natanti;
- danni per le ernie addominali "traumatiche" con le limitazioni previste all'articolo "ERNIE TRAUMATICHE" delle Condizioni di Assicurazione;
- infezioni del sangue conseguenti ad HIV qualora l'infezione sia stata contratta a seguito di infortunio.

ART.5 – ATTIVITA' ESCLUSE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
- sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente;
- da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo, in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dover di solidarietà umana o per legittima difesa.

Sono inoltre escluse le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART.6- CONDIZIONI COMUNI

RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possano colpire gli assicurati durante il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo stabilito e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso in via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici, o anche di civica proprietà.

RISCHIO AERONAUTICO

L'Assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte o privati per attività turistica e di trasferimento e da Società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

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

per ogni persona:

- € 1.000.000,00 per caso di morte;
 - € 1.000.000,00 per caso di invalidità permanente totale;
 - € 250,00 giornaliera per invalidità temporanea;
- complessivamente per aeromobile.
- € 10.000.000,00 per caso di morte;
 - € 10.000.000,00 per caso di invalidità permanente totale;
 - € 5.000,00 giornaliera per invalidità temporanea;

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

LIMITI TERRITORIALI E DI RISARCIMENTO

L'Assicurazione è prestata per tutto il Mondo

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 10.000.000,00. Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazioni eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezioni, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio dell'ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

PERSONE NON ASSICURABILI

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali

gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'articolo "Criteri di indennizzabilità".

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore agli 85 anni. Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure per il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente e liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

- **Morte**

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi.

- **Invalidità permanente da infortunio**

La garanzia è prestata senza applicazione di alcuna franchigia.

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente come segue: la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro.

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.

In caso di infortunio che produca come conseguenza una invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, la Società liquiderà un indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

- **Invalidità permanente da malattia**

Nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità permanente è di grado non maggiore del 24% (ventiquattroper cento).

La Società garantisce il pagamento del capitale assicurato qualora, a seguito di una malattia, derivi una diminuzione o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente della specifica professione esercitata dell'assicurato, secondo la seguente tabella:

FASCE	GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE	INDENNIZZO DA LIQUIDARE
-------	------------------------------------	-------------------------

1	Inferiore a 25%	0
2	Dal 25% fino al 34%	15%
3	Dal 34% fino al 44%	30%
4	Dal 44% fino al 54%	45%
5	Dal 54% fino al 64%	60%
6	Dal 64% fino al 74%	70%
7	Superiore a 74%	100%

La garanzia vale per le invalidità Permanenti conseguenti ad una malattia che si sia manifestata dopo 90 giorni dalla data di effetto della polizza.

- **Spese Mediche**

Per ogni infortunio o malattia la Società indennizza il rimborso delle spese per:

- onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno effettuato con ambulanza;
- spese di trasferimento presso sino alla più vicina struttura medica attrezzata per le cure del caso, qualora a seguito di infortunio occorso in un Paese estero, l'assicurato necessiti tale trasferimento;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche ed accertamenti extra ricovero.

Sono altresì comprese le spese per cure 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 dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio; la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'Assicurato.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

La presente garanzia vale fino a concorrenza dell'importo indicato in polizza.

- **Spese odontoiatriche**

Per ogni infortunio la Società indennizza il rimborso delle spese per cure odontoiatriche e per protesi dentarie fino al concorrenza di **€ 4.500,00 (quattromilacinquecento/00)**.

- **Spese per acquisto di lenti e occhiali**

Per ogni infortunio la Società indennizza il rimborso delle spese per acquisto di lenti e occhiali (escluse lenti a contatto e montature) fino al concorrenza di **€ 600,00 (seicento/00)**.

RADDOPPIO INDENNIZZO MORTE IN CASO DI COMMORIENZA DELL'ASSICURATO E DEL CONIUGE

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che abbia come conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'assicurato e del coniuge con esso convivente, e qualora tra i beneficiari designati o aventi diritto figurino figli minori o permanentemente inabili al lavoro, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato, un indennizzo pari al doppio del capitale assicurato.

MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle esclusioni delle Condizioni Generali di Assicurazione, verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente Convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite da questa Convenzione.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per cause indipendenti dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la società corrisponderà la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

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

ERNIE TRAUMATICHE

La garanzia è estesa per i casi di invalidità permanente alle ernie ed in genere alle lesioni conseguenti a sforzi.

Ernie addominali:

- 1) ernie operabili – viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata nel caso di invalidità permanente totale;
- 2) ernie non operabili – l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (D.P.R. 30.06.1965 e variazioni) con rinuncia all'applicazione della relativa franchigia, fermo restando in ogni caso che la Società non corrisponderà indennità superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

ART. 7 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno;
- darne avviso alla Direzione della Società o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza tramite il Broker entro trenta giorni da quando l'ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi del Contraente ne ha avuto conoscenza.

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo determinano, dovrà essere corredata di certificato medico ed inviata entro 15 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente, l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta,

certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma, email. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese all'assicurazione. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

ART. 8 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti nella relativa sezione sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrari, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazioni di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuno delle Parti.

ART. 9- RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

La Società diviene titolare autonomo del trattamento dei dati dei terzi (danneggiati, ecc.) coinvolti nel rapporto assicurativo tra il contraente e la Società.

SCHEDA SOGGETTI ASSICURATI DALLA PRESENTE POLIZZA

- **Direttore Generale/ Procuratore speciale: 1**
- **Presidente: 1**
- **CDA: 4**
- **Sindaci: 1**
- **Conducenti veicoli Contraente: 45 Veicoli di proprietà del contraente**
- **Conducenti veicoli propri per missione: KM 1.000**

CAPITALI ASSICURATI (in Euro)

ASSICURATI	Numero di assicurati /RAL/KM	Morte	Invalità permanente da infortunio	Invalità permanente da malattia	Rimborso Spese Mediche da infortunio e malattia	Spese odontoiatriche	Spese per Acquisto lenti e occhiali
Direttore Generale / procuratore Speciale	1 RAL 175.000 €	5 volte RAL max. € 1.000.000,00	6 volte RAL max. € 1.100.000,00 O 100.000?????? In polizza sembra ci sia 100.000	€ 350.000,00	15.000,00	€ 4.500,00	€ 600,00
Presidente	1	€ 500.000,00	€ 500.000,00		€ 5.000,00		
CDA	4	€ 150.000,00	€ 150.000,00		€ 2.500,00		
Sindaci	1	€ 150.000,00	€ 150.000,00		€ 2.500,00		
Conducenti veicoli Contraente	45	€ 100.000,00	€ 100.000,00		€ 2.500,00		
Conducenti veicoli propri per missione	KM 1.000	€ 100.000,00	€ 100.000,00		€ 2.500,00		