COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI

AMMINISTRATORI, DIRIGENTI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Azienda o Ente: ETRA SpA, Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto il cui interesse e' protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto che stipula la assicurazione;

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

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

Broker: Willis Italia SpA;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regolamenta la assicurazione;

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

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

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

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

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

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

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

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

Invalidita' permanente: la perdita della capacita' generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidita' assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacita' ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidita' parziale).

Inabilita' temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilita' assoluta) o la limitazione (inabilita' parziale) all'esercizio delle attivita' svolte dall'assicurato;

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

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

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

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24,00 del 31.12.2010 fino alle ore 24,00 del 31.12.2012, con scadenze annuali intermedie al 31.12 di ciascun anno, e non è prorogabile automaticamente.

E' facolta' di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, fermo che non e' consentito alla Societa' assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.
Resta sin d'ora concordato tra le Parti che l'eventuale disdetta intimata dalla Società alla presente assicurazione varrà per l'intero Lotto di polizze aggiudicate in sede di gara insieme alla presente, salvo che il Contraente non richieda, per iscritto, il mantenimento di uno o più delle suddette assicurazioni, nel qual caso la Società sarà tenuta al rispetto degli accordi contrattuali

E' facolta' della Amministrazione notificare alla Societa', che si obbliga a concederla, entro i 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza del Contratto di assicurazione, la prosecuzione dello stesso alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.
E' altresi' facolta' della Amministrazione richiedere alla Societa' il rinnovo del contratto, alla sua scadenza, laddove ritenuto opportuno e secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia, per un periodo massimo non superiore alla durata iniziale (due anni).

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione del contratto, ovvero la collaborazione alla esecuzione dello stesso, e' affidata al broker di assicurazione.
Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione e la Societa' si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Societa' da' atto che il pagamento dei premi al broker e' liberatorio per la Amministrazione, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento per la Amministrazione.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anche per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).
La società si impegna a riconoscere al broker una provvigione pari al 4% sul volume dei premi lordi incassati, che verrà trattenuta dal broker direttamente all'atto della rimessa contabile a favore della Società.
La società si impegna a rilasciare al contraente copia sottoscritta delle polizze quietanziate entro 30 giorni dall'avvenuto incasso del premio.

Art. 3: Interpretazione del contratto - Riferimento alle norme di legge – Foro competente

Il contenuto contrattuale deve essere interpretato secondo il criterio letterale e quello del collegamento logico delle parole e delle espressioni.
Nei soli casi di dubbio sui significati delle clausole, le medesime vanno interpretate secondo il criterio di buona fede e secondo i criteri integrativi previsti dal Codice Civile.
In caso di ulteriore dubbio o incertezza o in caso di disposizioni contrastanti e/o incoerenti tra loro all'interno del contratto, le clausole devono essere interpretate, in ogni caso, nel senso più favorevole all'Assicurato e/o Contraente ai sensi dell'art.1370 C.C.
Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede l'Amministrazione.

Art. 4: Pagamento del premio - Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, la Amministrazione pagherà alla Società, per il tramite del broker:

a. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue e' antecedente all'ultimo giorno del 3' mese successivo, entro il 3' mese successivo alla data di decorrenza della copertura, il premio di prima rata convenuto, sempreche' nel frattempo la Societa' abbia trasmesso, e siano stati ricevuti, i documenti contrattuali in originale; diversamente, il periodo di differimento viene esteso fino al 30' giorno successivo a quello del loro ricevimento;
b. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue e' antecedente all'ultimo giorno del 3' mese successivo, entro il 3' mese successivo a ciascuna data di scadenza intermedia, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
c. entro 90 giorni dalla presentazione dell'appendice:
   - il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza
   - il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio (intendendo per tale il giorno in cui la Amministrazione comunica l'avvenuta ricezione da parte della propria Tesoreria dell'ordinativo di pagamento), ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

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

Art. 5: Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 6: Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta e nella fattispecie le società _____, ai sensi art.1891 C.C..
Ricorrendo la fattispecie di cui al presente articolo, la Contraente assume la veste di Contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'Assicurazione, adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa ed esercita conseguenzialmente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli assicurati che si intende espressamente prestato anche se non formalmente manifestato.
In caso di sinistro i terzi interessati aventi qualifica di Assicurati hanno titolo per intervenire prioritariamente e direttamente nella gestione del sinistro ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione.
L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contradditorio, non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

Art. 7: Facolta' di recesso

E' facoltà delle parti recedere dal contratto esclusivamente al termine di ogni annualità mediante disdetta da inviare tramite raccomandata A.R. spedita almeno 120 (centoventi) giorni prima della scadenza annuale.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 8: Soggetti assicurati

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

1. Il Presidente, i Consiglieri di Amministrazione o Consiglieri del Consiglio di gestione ove nominato; l'Amministratore Delegato o membri del Comitato esecutivo ove nominato.

2. i Dirigenti e il Direttore Generale

Sezione 1' – Dirigenti

Art. 9: Oggetto dell'assicurazione

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

Costituiscono oggetto dell'assicurazione anche le malattie professionali dalle quali derivi una invalidita' permanente assoluta o parziale.

Art. 10: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

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

Art. 11: Estensioni della copertura

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

◊ imprudenze e negligenze anche gravi
◊ malore ed incoscienza, purche' non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
◊ abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere
◊ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente
◊ calamita' naturali
◊ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilita', se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace,

nonche':

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

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

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

Art. 12: Liquidazione del danno

Fermi i capitali assicurati unitari massimi indicati nella scheda di conteggio del premio:

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

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

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

Viene in ogni caso convenuto tra le parti che rientrano nella definizione di invalidita' permanente assoluta anche le invalidita' che, indipendentemente dal grado, siano tali da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro in essere, come anche le invalidita' di grado pari o superiore al 50%.

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

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

   Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.
   Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove e' avvenuto l'infortunio, la Societa' rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo piu' idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato piu' vicino alla sua residenza.

4. In caso di infortunio che richieda ricovero in istituto di cura e/o applicazione di apparecchio gessato o di tutore immobilizzante esterno equivalente, fermo quanto previsto al punto 3, la Societa' corrispondera' una indennita' giornaliera conteggiata a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si e' verificato l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta dimissione o guarigione, per un importo pari a 1/1000 del capitale assicurato per invalidita' permanente:
   - o con il massimo di euro 50,00 (cinquanta/00) al giorno
   - o per un massimo di 360 giorni (anche non consecutivi) in caso di ricovero
   - o per un massimo di 100 giorni in caso di applicazione di gesso o tutore

La Societa' effettuera' i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

Sezione 2 – Presidente, Consiglieri di Amministrazione o di gestione

Art. 13: Oggetto dell'assicurazione

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

Art. 14: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o a esso correlati, attinenti o riconducibili, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro; sono altresi' compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione.

Art. 15: Estensioni della copertura

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

- ◊ imprudenze e negligenze anche gravi
- ◊ malore ed incoscienza, purche' non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
- ◊ abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere
- ◊ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente
- ◊ calamita' naturali
- ◊ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilita', se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace,

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

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

Art. 16: Liquidazione del danno

Fermi i capitali assicurati unitari massimi indicati nella scheda di conteggio del premio:

1. In caso di infortunio mortale la Societa' liquidera' ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verra' liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e cio' anche se il corpo dell'assicurato non e' stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Societa' abbia pagato l'indennita' dovuta e dopo cio' risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avra' diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potra' far valere i propri diritti nel caso di invalidita' permanente.

2. In caso di invalidita' permanente, la determinazione dell'indennita' avverra':
   a) valutando il grado di invalidita' tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
      ◊ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrita' fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilita' fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidita' sara' determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore e' rappresentato dal grado di integrita' preesistente (100% detratta la percentuale di inabilita' preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrita' preesistente ed il grado di integrita' fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,

- ◊ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrita' fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilita' fisica permanente e totale, l'invalidita' sara' valutata in misura pari al grado di invalidita' determinato con le modalita' di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.
- ◊ in tali casi, il massimo grado di invalidita' non potra' comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidita' preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varra', se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;

b) determinando e liquidando l'indennita' in misura pari:

- ◊ all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidita' permanente assoluta,
- ◊ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidita' accertato all'importo spettante per il caso di invalidita' permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidita' permanente parziale.

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

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

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

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

4. In caso di infortunio che richieda ricovero in istituto di cura e/o applicazione di apparecchio gessato o di tutore immobilizzante esterno equivalente, fermo quanto previsto al punto 3., la Societa' corrispondera' una indennita' giornaliera conteggiata a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si e' verificato l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta dimissione o guarigione, per un importo pari a 1/1000 del capitale assicurato per il caso di invalidita' permanente:
   - con il massimo di euro 50,00 (cinquanta/00) al giorno
   - per un massimo di 360 giorni (anche non consecutivi) in caso di ricovero
   - per un massimo di 100 giorni in caso di applicazione di gesso o tutore

La Societa' effettuera' i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE (valide per tutte le Sezioni)

Art. 21: Rischio volo

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualita' di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorita' civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attivita' turistica o di trasferimento, di societa' di lavoro aereo durante il trasporto di passeggeri, anche per attivita' di protezione civile - emergenza sanitaria - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potra' superare complessivamente per aeromobile 10 volte l'importo piu' elevato tra quelli previsti nella scheda di conteggio del premio relativi a tutti i gruppi di appartenenza degli assicurati presenti a bordo dell'aeromobile; superando questo limite, le indennita' spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto dagli articoli Estensioni di copertura che precedono relativamente alla efficacia della stessa per quanto riguarda gli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa e' efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari);

Art. 22: Implementazione degli indennizzi – Estensione dell'operativita' di polizza

Qualora l'infortunio assicurato ai sensi di polizza:

1. sia conseguente ad atti di terrorismo, aggressione, sequestro (anche se tentato) o rapina, verrà corrisposta all'Assicurato o ai suoi beneficiari una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante, con il massimo di euro 300.000,00

2. abbia per conseguenza una invalidita' permanente esclusivamente estetica, verra' corrisposta all'Assicurato una ulteriore indennita' conteggiata in base al grado di invalidita' permanente accertato, per la parte eccedente i primi 3 (tre) punti di invalidita' e con il massimo di euro 50.000,00

3. abbia per conseguenza il decesso dell'Assicurato e cio' avvenga in un Paese estero, verra' corrisposta ai suoi beneficiari una ulteriore indennita' a titolo di rimborso delle spese sostenute documentate per il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, con il massimo di euro 5.000,00 .

Si conviene inoltre tra le parti che, a valere per tutte le Sezioni e Assicurati di polizza, la copertura assicurativa estende la operativita' ai casi in cui l'Assicurato presti la propria opera volontaria a favore del Servizio Nazionale della Protezione Civile.

Art. 23: Esclusioni

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

◊ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarieta';
◊ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici oggetto di attività della Azienda;
◊ guerra o insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
◊ atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
◊ abuso di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
◊ partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
◊ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da un evento assicurato;
◊ guida di mezzi di locomozione aerei.

Art. 24: Modalita' per la liquidazione dell'indennita' – Anticipo dell'indennizzo

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

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

Art. 25: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Societa' e dall'assicurato. A tal fine la Societa' invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.
Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verra', su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Societa' assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Azienda. Il collegio peritale eleggera' la propria residenza presso la sede della Azienda.
I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.
La loro decisione sara' impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 26: Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro verra' effettuata per iscritto dalla Azienda alla Societa' entro trenta giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterra' l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonche' tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sara' corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.
L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Societa'.
Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato liberera' dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.
Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Societa'.
La Società si impegna ed obbliga a fornire al Contraente, alle scadenze del 31 marzo e 30 settembre di ogni anno, elenco dettagliato dei sinistri.
Tutti i sinistri di cui all'elenco dovranno essere corredati da:
- data di apertura della pratica presso la Società e numero di sinistro assegnato dalla compagnia;
- di data di accadimento del sinistro denunciato dal terzo reclamante con indicazione del nominativo del terzo reclamante;
- tipologia evento/sinistro/richiesta di risarcimento – rubrica descrittiva (incendio edificio, furto pc, buca stradale, danni da infiltrazioni locali palestra, infortunio sul lavoro….)
- indicazione dell'importo posto a riserva che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso;

- data della chiusura della pratica per liquidazione con indicazione dell'importo liquidato;
- data della chiusura della pratica senza seguito o per altro motivo (specificare)
- per i sinistri respinti: precisazione scritta sintetica delle motivazioni.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche.
La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico, secondo formato compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.
Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.
Il mancato adempimento dell' obbligo informativo alle scadenze contrattualmente indicate e/o il ritardo nella consegna della statistica sinistri di oltre 15 giorni rispetto al termine previsto costituisce grave inadempimento contrattuale.

Art. 27: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede

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

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

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

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

La Azienda e' esonerata dalla preventiva denuncia delle generalita' degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della Azienda stessa.
Altrettanto, la Azienda e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.
In caso di sinistro, su richiesta della Società, il Contraente dovrà denunciare l'esistenza/stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Per quanto coperto dalla presente assicurazione, la Società risponde direttamente per l'intero danno con facoltà di agire in regresso verso gli altri assicuratori
(art. 1910, comma 4)

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

Art. 28: Suddivisione del premio

Per quanto riguarda le sezioni che prevedono la operativita' della copertura assicurativa senza limiti temporali o di attivita', si prende atto che il premio della presente polizza si intende così suddiviso:
- 80 % per quanto attiene il rischio professionale
- 20 % per quanto attiene il rischio extraprofessionale

Art. 29: Riparto di coassicurazione e delega (operante se del caso)

L'assicurazione è ripartita tra le Societa' assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate. Il termine "Societa'" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici elencate nel "Riparto".

La Delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e/o degli aventi diritto e derivanti dal presente contratto, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto di diritto, dai rapporti che possono interessare le Compagnie assicuratrici presso le quali il rischio è stato assicurato o ripartito.
La Società Delegataria pertanto è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.
Con la sottoscrizione della presente polizza le coassicuratrici danno mandato alla Delegataria a firmare, anche per loro nome e conto, ogni atto dichiarativo e/o appendice di modifica in genere quali ad esempio a titolo esemplificativo e non limitativo, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e
Le Compagnie coassicuratrici riconosceranno come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune, restando inteso che il broker provvederà alla rimessa dei premi per il loro intero ammontare a favore della delegataria medesima, la quale è poi impegnata alla corresponsione delle singole quote intestate alle coassicuratrici:

Compagnia … Quota … % - Delegataria
Compagnia … Quota … %

Compagnia … Quota … %

Art. 30: Trattamento dei dati

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

Art. 31: Designazione dei beneficari

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

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

Alla scadenza del presente contratto, o in caso di cessazione della copertura per uno o piu' Assicurati, la Societa' provvedera' a rendere le designazioni corrispondenti alla Contraente.

Art. 32: Disposizione finale

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

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Destinatari della assicurazione	Capitali unitari assicurati (in euro, x 1.000)				Numero Ass.ti	Premio imp. pro capite
Sezioni e soggetti assicurati	caso morte	invalidità permanente	invalidità permanente da malattia	spese mediche		
1- Dirigenti	5 Multipli R.A.L. con il massimo di € 700.000,00	6 Multipli R.A.L. con il massimo di € 900.000,00	6 Multipli R.A.L. con il massimo di € 900.000,00		10	
2- Presidente/ Consiglieri consiglio gestione	700.000,00	700.000,00		25.000,00	5	

Totale premio imponibile	euro	..
Imposte	euro	..
Totale premio lordo annuo	euro	..