

# **LOTTO VI**

## **CAPITOLATO DI POLIZZA DI ASSICURAZIONE**

### **Infortuni Dirigenti + IPM**



**CONTRAENTE : EUR SPA**

SEDE LEGALE : LARGO VIRGILIO TESTA 23 - 00144 ROMA  
PARTITA IVA: 02117131009  
DECORRENZA DELLA COPERTURA: ORE 24 DEL 31.10.2024  
SCADENZA DELLA COPERTURA: ORE 24 DEL 31.12.2027

FRAZIONAMENTO: ANNUALE

## DEFINIZIONI COMUNI

<b>ANNUALITÀ ASSICURATIVA O PERIODO ASSICURATIVO</b>	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;
<b>ASSICURATO</b>	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
<b>ASSICURAZIONE</b>	Il contratto di assicurazione.
<b>ATTIVITÀ</b>	Quella svolta da EUR S.p.A, 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, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture.
<b>BROKER</b>	De Besi – Di Giacomo S.p.A.
<b>CONTRAENTE</b>	La persona giuridica che stipula l'assicurazione, nel caso di specie EUR S.p.A.
<b>FRANCHIGIA</b>	L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>INDENNIZZO / RISARCIMENTO</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
<b>SOMMA ASSICURATA</b>	L'importo convenuto nel presente capitolato che, salvo eventuali sottolimiti, per sinistro/anno, rappresenta la massima esposizione della Società.
<b>POLIZZA / CAPITOLATO</b>	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
<b>PREMIO</b>	La somma dovuta alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
<b>RISCHIO</b>	La probabilità del verificarsi del sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
<b>SCOPERTO</b>	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.
<b>SINISTRO</b>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b>SOCIETÀ</b>	L'Impresa assicuratrice nonché le eventuali Coassicuratrici.

## DEFINIZIONI DI SETTORE

<b>BENEFICIARIO</b>	Il soggetto al quale, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita. In assenza di designazione specifica, i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari
<b>EPIDEMIA</b>	Elevata diffusione, ben delimitata nello spazio e nel tempo, di una malattia infettiva, avente la stessa origine virale, su di un' ampia collettività di individui;
<b>INFORTUNIO</b>	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
<b>INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO</b>	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio
<b>INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA</b>	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di malattia
<b>INGESSATURA</b>	Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in istituti di cura o ambulatori medici.
<b>ISTITUTI DI CURA</b>	Ospedali, cliniche, case di cura, pubblici o privati, autorizzati a termini di legge al ricovero dei malati/infortunati.
<b>MALATTIA</b>	Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio
<b>MALATTIA TRASMISSIBILE</b>	Si intende qualsiasi malattia che può essere trasmessa per mezzo di qualsiasi sostanza o agente patogeno da qualsiasi organismo a un altro organismo dove: per sostanza o agente patogeno si intende, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, un virus, un batterio, un parassita o altro organismo o qualsiasi sua mutazione, sia essa ritenuta vivente o meno per metodo di trasmissione, sia esso diretto o indiretto, si intende, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la trasmissione per via aerea, la trasmissione di fluidi corporei, la trasmissione da o verso qualsiasi superficie o oggetto, solido, liquido o gassoso o tra organismi
<b>PANDEMIA</b>	Diffusione di una malattia infettiva in più continenti, o comunque in vaste aree del mondo e in un altro paese o in una regione diversa da quella in cui il virus si è generato, con una sostenuta trasmissione da uomo a uomo.
<b>RETRIBUZIONI</b>	Tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni. A tal fine saranno considerati tutti gli elementi fissi e continuativi, le competenze ultra mensili a carattere generale nonché le erogazioni a titolo di premio di risultato (redditività/produttività), gratifiche straordinarie e gratifiche legate al raggiungimento di specifici obiettivi. Resteranno viceversa escluse le indennità ed i compensi corrisposti a titolo di rimborsi spese o comunque collegati ai disagi, ai rischi o alle particolari necessità di svolgimento della prestazione. In sede di regolazione annua del

	premio la Contraente si impegna pertanto a comunicare i dati di retribuzione del proprio personale sulla base di quanto sopra indicato.
<b>RICOVERO</b>	Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative

## **ART. 1 CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

### **ART. 1.1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONI DEL RISCHIO SUCCESSIVAMENTE ALL'AGGIUDICAZIONE DEL CONTRATTO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni 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, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

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.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

### **ART. 1.2 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI**

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate per i medesimi rischi.

Il presente contratto di assicurazione, si intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle eventuali assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti o da eventuali future.

### ART. 1.3 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del 31.10.2024 e scadenza alle ore 24:00 del 31.12.2027, con primo rateo al 31/12/2024, senza tacito rinnovo. Il premio per il primo periodo d'assicurazione dal 31/10/2024 al 31/12/2025 verrà calcolato in pro-rata come da offerta economica.

Il Contraente si riserva inoltre la facoltà di richiedere alla Società di prorogare il contratto fino ad un massimo di 180 (centottanta) giorni anche attraverso più periodi dopo la scadenza finale, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato in pro-rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

La Società si impegna altresì a concedere la proroga tecnica della presente assicurazione nei casi previsti al successivo art. 1.6, Recesso, alle condizioni e nelle modalità di cui al paragrafo 1.6.4

### ART. 1.4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 60 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se la prima rata di premio è stata pagata entro i 60 giorni successivi al ricevimento della polizza ritenuta corretta.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

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. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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

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

Resta convenuto che è considerata tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio Tesoreria del Contraente a condizione che gli estremi dell'atto siano comunicati alla Società.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 17 e 18 del

D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, previa comunicazione del Broker.

#### ART. 1.5 – REVISIONE DEL PREZZO

a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 120 del D. Lgs. 36/2023 la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.

b) 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.

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

In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo 1.6 RECESSO

#### ART. 1.6 – RECESSO

##### ART. 1.6.1 – RECESSO DELLA SOCIETÀ

In caso di mancato accordo tra le parti ai sensi dell'articolo 1.5 REVISIONE DEL PREZZO, la Società può recedere dal contratto di assicurazione.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 giorni dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 30 giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

##### ART. 1.6.2 – RECESSO PER DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENZE DEL CONTRAENTE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 90 giorni successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli 1.5 REVISIONE DEL PREZZO e 1.6.1 RECESSO DELLA SOCIETÀ e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo 1.5 REVISIONE DEL PREZZO dalla ricezione della citata dichiarazione.

Qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

##### ART. 1.6.3 – RECESSO PER SINISTRO

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.

#### ART. 1.6.4 - NORME COMUNI IN TUTTE LE IPOTESI DI RECESSO

La Società, entro 15 (quindici) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate agli art. 1.6.1, 1.6.2 e 1.6.3, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 1.15 – "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate di cui agli art. 1.6.1, 1.6.2 e 1.6.3, qualora alla data di efficacia dello stesso, 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, contrattuali ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni (c.d. "proroga tecnica").

#### ART. 1.7 – PROVA DEL CONTRATTO E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio nei termini di cui al precedente art. 1.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.

#### ART. 1.8 – CESSAZIONE ANTICIPATA DEL CONTRATTO

È data facoltà alle parti di disdettare la polizza al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del Contraente di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino a un massimo di tre mesi. In tal caso la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro-rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

#### ART. 1.9 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec, email o simili) indirizzata alla Società e viceversa.

#### ART.1.10 – ONERI FISCALI



Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

#### ART. 1.11 - FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l'assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010 ss.mm.ii.

La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

#### ART. 1.12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

#### ART. 1.13 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile....., all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso.

in nome proprio e per conto delle 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 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.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

#### ART. 1.14 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio assicurativo De Besi di Giacomo S.p.A. in qualità di broker ai sensi della Legge 28.11.1984 n.792 e del D. Lgs. 209/2005 . Nel caso di Coassicurazione ex art. 1911 del C.C, il Broker tratterà con la Società Delegataria la quale informerà le Società Coassicuratrici. Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Società Delegataria.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato; pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, si dà e si prende atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società e viceversa, mentre ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Si conviene espressamente che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Società con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti nella misura del 3,92% (tre virgola novantadue per cento). La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione

Nel rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii, ed all'art. 55 del Regolamento ISVAP n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società, inoltre, riconosce che tale atto è liberatorio per l'Assicurato/Contraente

#### ART. 1.15 – OBBLIGO DI FORNIRE I DATI DELL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa, nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso nonché oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati, *si impegna* a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

- sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:
  - a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
  - b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
  - c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
  - d) sinistri senza seguito;
  - e) sinistri respinti.

Tali report dovranno essere forniti preferibilmente anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente o del broker fermo restando che la semplice richiesta scritta del Contraente o del Broker attiva gli obblighi di cui sopra. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di

chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 10 giorni dalla ricezione della richiesta.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

#### ART. 1.16 – ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

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

<b>Dirigenti</b>					
Parametro	Preventivo su base annua	Tasso Morte	Tasso IP da Infortunio	Tasso IP da Malattia	Premio lordo annuo anticipato
Categoria A	Retribuzioni € 845.948,00	..... ‰	..... ‰	..... ‰	€ .....
<b>Top Managment</b>					
Parametro	Preventivo su base annua	Premio lordo annuo pro-capite			Premio lordo annuo anticipato
Categoria B	n. persone 2 (Presidente, A.D)	€ .....			€ .....

Il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i tassi sopra indicati.

#### ART. 1.17 – REGOLAZIONE E CONGUAGLIO DEL PREMIO

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto al precedente art. 1.16 "Elementi per il calcolo del premio", e lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo o del primo 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 e/o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione da parte del broker 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 60 giorni, dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata, trascorso il quale gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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. 1.18 – VALIDITA' TEMPORALE

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

#### ART. 1.19 – TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI

La Società appaltatrice 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 dell'appropriata 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.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore 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. 1.20 – LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge o dai CCNL al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dal Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede, la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

#### ART. 1.21 – VALIDITA' DELLE NORME DATTILOSCRITTE

L'eventuale discordanza tra le Definizioni, le Condizioni Generali di Assicurazione, le Condizioni che Regolano l'Assicurazione Infortuni, le norme che la gestione sinistri, le Condizioni Particolari, i regolamenti interni del Contraente, le disposizioni legislative in materia, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Il presente capitolato, assumerà, a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa

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. Saranno ammesse solo le modifiche espressamente indicate in sede di offerta.

La firma apposta dal Contraente e dall'Agenzia su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del numero assegnato al contratto, del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'Associazione temporanea di imprese/Coassicurazione (se esistente).

## **ART. 2 – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**

### **ART. 2.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di:

- ogni attività professionale principale e secondaria;
- ogni attività che non abbia carattere professionale;
- operazioni di soccorso effettuate per conto della Protezione Civile;
- servizio militare di leva in tempo di pace o servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni.

### **ART. 2.2 – RISCHI INCLUSI NELL'ASSICURAZIONE**

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

- ✓ annegamento;
- ✓ folgorazione;
- ✓ effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- ✓ assideramento e/o congelamento;
- ✓ asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- ✓ avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza;
- ✓ intossicazione anche non avente origine traumatica;
- ✓ lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- ✓ i colpi di sole o di calore;
- ✓ le lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- ✓ le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- ✓ conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- ✓ conseguenti a colpi di sonno.

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- ❖ infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- ❖ infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- ❖ infortuni subiti in occasione di calamità naturali e dalla forza della natura quali terremoti, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine, neve, caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- ❖ infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, atti violenti, e, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- ❖ infortuni subiti in occasione di aggressioni in genere;
- ❖ infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato - in caso di guida - sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima.

Il coma irreversibile è equiparato a morte.

#### ART. 2.3 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN CASO DI RICOVERO

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società corrisponde l'indennità di € 50,00 per ciascun giorno di degenza in Istituto di cura, sino ad un massimo di 300 (trecento) giorni per ogni infortunio.

L'indennità viene corrisposta anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di degenza diurna-day hospital, purché effettuata in Istituto di cura pubblico italiano o comunque convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale: la degenza diurna deve essere certificata da cartella clinica o da documento sanitario equivalente.

La corresponsione dell'indennizzo avrà luogo a degenza ospedaliera ultimata, previa presentazione alla Società della certificazione definitiva, in originale, indicante il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

In caso di ricovero all'estero, l'indennizzo verrà corrisposto al rientro dell'Assicurato in Italia e in Euro.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme che regolano le sezioni precedenti o successive, se ed in quanto compatibili.

#### ART. 2.4 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

L'assicurazione, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, si intende estesa a qualsiasi malattia insorta successivamente alla data di decorrenza del presente contratto.

Agli effetti della presente garanzia si intende:

- per "malattia": ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- per "invalidità permanente": la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'esercizio della propria professione da parte dell'Assicurato.

Nessuna indennità spetta quando il grado di invalidità permanente accertata in relazione ad una malattia od al cumulo di più malattie, sia di grado pari o inferiore al 25% della totale.

Quando l'invalidità permanente accertata sia superiore, la Società liquida un indennizzo proporzionale ai valori indicati sotto la "R" della tabella che segue in cui nella colonna "A" è indicato il grado di invalidità accertato e nella colonna "R" il grado di invalidità da riconoscere.

A	R
26	4%
27	8%
28	12%
29	16%
30	20%
31	24%

32	28%
33	32%
34	36%
35	40%
36	44%
37	48%
38	52%
39	56%
40	60%
41	64%
42	68%
43	72%
44	76%
45	80%
46	84%
47	88%
48	92%
49	96%
50 ED OLTRE	100%

La percentuale di invalidità permanente verrà accertata non prima che sia decorso un anno dalla data della denuncia.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivanti dalla malattia o dal cumulo delle malattie denunciate, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della presente garanzia. Sono inoltre escluse le Invalidità Permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- abuso di alcolici o uso a scopi non terapeutici di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni e simili;
- trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- guerra o insurrezioni.

L'Assicurato deve denunciare alla Società lo stato di malattia per iscritto entro trenta giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo da ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la presente garanzia.

Alla denuncia deve essere unita, o far seguito, la seguente documentazione:

1. certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso o le conseguenze della malattia;
2. certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia. Per guarigione clinica si intende lo stato nel quale, secondo parere medico, il grado di invalidità permanente residua può essere considerato stabile o, comunque, non più suscettibile di diminuzione;
3. copia delle cartelle cliniche e di ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Trascorsi sei mesi dalla data del certificato medico richiamato al precedente punto 2), deve essere presentato alla Società altro certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia. L'assicurato deve sottoporsi alle cure prescritte



dai medici che possano modificare positivamente la prognosi della malattia, deve altresì sottoporsi agli accertamenti e/o controlli eventualmente disposti dalla Società e fornire ogni altra documentazione sanitaria eventualmente necessaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno avuto in cura. Qualora la presente garanzia pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata e sempre che la stessa si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione, per la presentazione della denuncia è accordato il termine di un anno dalla scadenza dell'assicurazione. Ricevuta la documentazione di cui sopra, e compiuti gli accertamenti del caso, la Società darà comunicazione all'interessato del grado di invalidità riscontrato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi a trattamenti terapeutici che a giudizio sia del suo medico che di quello della Società possano modificare positivamente la prognosi della malattia, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto a detti trattamenti, senza riguardo, perciò, al maggiore pregiudizio derivante dalla mancata attuazione dei citati trattamenti terapeutici.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e quindi non trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

In caso di divergenze sulla natura della malattia o sul grado di invalidità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguato trattamento terapeutico, si applica l'art. 3.2 (Controversie) che segue.

La presente copertura assicurativa non potrà in alcun caso cumularsi con le garanzie di Invalidità Permanente da Infortunio e viceversa.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme che regolano le sezioni precedenti e successive, se ed in quanto compatibili

#### ART. 2.5 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

1. da guerra e/o insurrezioni;
2. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
3. da ubriachezza, abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
4. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
5. da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
6. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio
7. dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;

8. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dal successivo art. 4.9 rischio volo
9. dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
10. da atti di terrorismo, ma solo come conseguenza dell'utilizzo di armi di distruzione di massa nucleari, chimiche e biologiche
11. da danni causati da, dovuti a, conseguenti a malattie trasmissibili, epidemie, pandemie. La presente esclusione opera indipendentemente dal riconoscimento pubblico dell'epidemia o della pandemia ed a prescindere dall'esistenza, o meno, di una dichiarazione di emergenza di sanità pubblica di portata nazionale o internazionale e, comunque, si applica anche a danni verificatisi prima dell'eventuale riconoscimento pubblico dell'emergenza epidemica o pandemica, purché siano riferibili a malattie infettive che si manifestino con la sintomatologia e fenomenologia dell'epidemia o della pandemia.
12. da infarti

#### ART. 2.6 - CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate per persona sono le seguenti:

##### CATEGORIA A: Dirigenti

- Morte: 5 volte la retribuzione e/o emolumento annua/o, con il massimo di € 700.000,00
- Invalidità Permanente da infortunio: 6 volte la retribuzione e/o emolumento annua/o, con il massimo di € 700.000,00
- Invalidità Permanente da malattia: 6 volte la retribuzione e/o emolumento annua/o, con il massimo di € 700.000,00

##### CATEGORIA B: Top Management

- Morte € 500.000,00
- Invalidità Permanente da infortunio: € 500.000,00
- Invalidità Permanente da malattia: € 500.000,00

#### ART. 2.7 - ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

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

Per l'identificazione degli Assicurati al momento del sinistro si farà riferimento alle risultanze di libri o registri di amministrazione o qualsiasi altra documentazione equipollente del Contraente.

#### ART. 2.8 - ASSICURABILITÀ

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza 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.

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 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 al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

#### ART. 2.9 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo.

#### ART. 2.10 - MORTE

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, 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. 2.11 - 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 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, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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.

#### ART. 2.12 - 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 corrisponde 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 causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

#### ART. 2.13 - FRANCHIGIA

Le garanzie della presente polizza sono prestate senza l'applicazione di alcuna franchigia, salvo quanto eventualmente previsto dalle specifiche estensioni.

#### ART. 2.14 - RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE

Qualora il Contraente, suoi congiunti o Dipendenti siano ritenuti responsabili dell'infortunio, il Contraente ha diritto di imputare, nel risarcimento dovuto all'Assicurato o suoi aventi diritto, l'indennità pagata dalla Società.

#### ART. 2.15 - MISURE RESTRITTIVE (SANCTIONS LIMITATIONS EXCLUSION CLAUSE)

Le Parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di Stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle Parti di assumere o dare esecuzione ad obbligazioni contrattuali.

La Società non sarà pertanto tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento, o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

La presente disposizione abroga e sostituisce ogni norma difforme contenuta nel presente Capitolato.

## **ART. 3 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI**

### **ART. 3.1 – DENUNCIA DEI SINISTRI - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO**




#### **ART. 3.1.1 – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE**

Entro 30 giorni dal fatto o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza deve essere fatta denuncia di ciascun sinistro al 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, il luogo e le cause del sinistro.

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

#### **ART. 3.1.2 – OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ**

La Società deve:

-  comunicare al Contraente e all'Assicurato, per il tramite del Broker, l'apertura del sinistro, il numero di repertorio attribuito e l'indicazione dell'ulteriore documentazione di cui avesse necessità per l'istruttoria della pratica, il nominativo del perito, con il relativo recapito, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della denuncia del sinistro;
-  comunicare la proposta di indennizzo all'Assicurato ed al Contraente, per il tramite del Broker, entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione della comunicazione e/o dalla ricezione dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ovvero entro 45 giorni dalla visita medico legale, se ritenuta necessaria da parte della Società;
-  liquidare il danno all'avente diritto e trasmettere copia della quietanza di pagamento, dandone comunicazione al Contraente, entro 30 giorni lavorativi dall'accettazione. L'indennità viene corrisposta in Italia in valuta corrente. In caso di mancato rispetto dei termini di pagamento dell'indennizzo, si applicheranno gli interessi moratori nella misura del 10%

### **ART. 3.2 – CONTROVERSIE**

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, 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. 3.3 – ANTICIPO INDENNIZZI

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 20%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 90 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi.

L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno. Il pagamento di tale anticipo avverrà entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta dell'invalidità.

### ART. 3.4 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione di fatto annua dell'infortunato – così come definita – quella percepita nei 12 mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Per gli infortunati che non abbiano raggiunto l'anno di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio, e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, dandone comunicazione agli interessati, e trasmettendo la relativa quietanza di indennizzo da sottoscrivere.

## **ART. 4 – CONDIZIONI PARTICOLARI**

### **ART. 4.1 – RINUNCIA ALLA RIVALSA**

La Società, a deroga di quanto disposto dall'art. 1916 Codice Civile, rinuncia al diritto di surroga nei confronti dei responsabili degli eventuali sinistri.

### **ART. 4.2 – MORTE PRESUNTA**

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società 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, la Società 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. 4.3 – ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO**

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'art. 2.2 (Rischi inclusi nell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, le ernie, con l'intesa che:

- 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 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. 3.2 (Controversie).

### **ART. 4.4 – ESONERO DENUNCIA DI INFERMITÀ E DIFETTI**

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 2 "CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", si dà atto che 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. 4.5 – MORSI DI ANIMALI, PUNTURE DI INSETTI**

Resta convenuto tra le parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate, avvelenamenti e le alterazioni patologiche che derivassero direttamente

da punture di insetti e/o morsi di animali (compresi gli aracnidi) con esclusione della malaria, del carbonchio e malattie tropicali.

Sono altresì comprese in garanzia le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di Capitolato

#### ART 4.6 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO CAUSATO DA INFORTUNIO

Nel caso di Invalidità Permanente cagionata da infortunio che determini la cessazione del rapporto di lavoro, la Società corrisponderà un indennizzo in misura pari alla somma assicurata per il caso di invalidità permanente assoluta.

#### ART 4.7 - RAPINA, TENTATA RAPINA, SEQUESTRO DI PERSONA

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta comunque inteso che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggiore indennizzo da corrispondere non potrà, in ogni caso, superare l'importo di Euro 500.000,00.=.

#### ART 4.8 - LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

Per i casi di invalidità permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 50% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle condizioni del presente capitolato verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

#### ART 4.9 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione si intende estesa agli infortuni occorsi in occasione di viaggi aerei effettuati dall'Assicurato quale passeggero di aeromobili ed elicotteri in occasione di trasferte di lavoro, il rischio pertanto si deve intendere esclusivamente professionale. La garanzia ha inizio dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento nel quale ne è disceso.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il medesimo rischio, non potrà superare i seguenti importi per aeromobile:

- € 5.000.000,00 per il caso di Morte

- € 5.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno diminuite con riduzione ed indicazione proporzionale sui singoli contratti in modo che la loro somma non superi i capitali di cui sopra.

#### ART. 4.10 RISCHIO GUERRA



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. 4.11 DIABETE

L'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete, ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

#### ART. 4.12 MALATTIE PROFESSIONALI

La valutazione dell'invalidità permanente da malattia professionale e la liquidazione dei rispettivi indennizzi saranno effettuate in conformità delle disposizioni contenute nel DPR n.1124 del 30 giugno 1965, con l'intesa che gli indennizzi stessi saranno pagati in capitale anziché in rendita.

Nel caso di invalidità che renda obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro e la costituzione di un rapporto simile presso altre aziende, anche eventualmente con una diversa utilizzazione dell'assicurato in occupazioni confacenti le sue attitudini, la Società corrisponderà una indennità commisurata ad un grado di invalidità permanente pari al 100%.

La garanzia si intende operante anche per i casi di silicosi, asbestosi, ipoacusia, sordità da rumori e antracosi.

#### ART. 4.13 MALATTIE TROPICALI

L'assicurazione viene estesa alle conseguenze obiettivamente constatabili delle malattie tropicali, malaria ed ameba, contratte dagli assicurati durante le loro missioni di servizio, per le quali resta convenuto che, in caso di invalidità permanente, non si farà luogo all'indennizzo quando questa sia di grado pari od inferiore al 10% della totale. Se invece essa risultasse superiore, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Resta inoltre convenuto che questa garanzia è operante a condizione che:

- l'Assicurato si sia assoggettato alle vaccinazioni previste dall'Autorità Sanitaria;
- l'Assicurato non risulti affetto dalle predette malattie alla data di decorrenza di tali garanzie;
- le affezioni insorgano nel corso del rapporto assicurativo e si manifestino al massimo entro un anno dalla data di scadenza della polizza.

## DICHIARAZIONE

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

ART. 1.1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONI DEL RISCHIO  
SUCCESSIVAMENTE ALL'AGGIUDICAZIONE DEL CONTRATTO

ART. 1.2 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

ART. 1.3 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

ART. 1.4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

ART. 1.5 – REVISIONE DEL PREZZO

ART. 1.6 – RECESSO

ART. 1.8 – CESSAZIONE ANTICIPATA DEL CONTRATTO

ART. 1.9 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

ART. 1.11 - FORO COMPETENTE

ART. 1.13 – COASSICURAZIONE E DELEGA

ART. 1.14 – CLAUSOLA BROKER

ART. 1.15 – OBBLIGO DI FORNIRE I DATI DELL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

ART. 1.16 – ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

ART. 1.17 – REGOLAZIONE E CONGUAGLIO DEL PREMIO

ART. 1.18 – VALIDITA' TEMPORALE

ART. 1.20 – LEGITTIMAZIONE

ART. 1.21 – VALIDITA' DELLE NORME DATILOSCRITTE

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

La Società agisce quindi in qualità di "autonomo titolare" del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell'Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.