

AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA
CAPITOLATO TECNICO – LOTTO N. 2 - INFORTUNI
CIG N. 8228998FF5

<i>Oggetto</i>	Polizza Infortuni
<i>Contraente</i>	AMIU BONIFICHE S.p.a. Via Gabriele D'Annunzio 27, Genova C.F / P.IVA: 01266290996
<i>Decorrenza</i>	30 giugno 2020 (ore 24.00) – 30 giugno 2023 (ore 24.00)

DEFINIZIONI	4
SCHEMA DI COPERTURA	5
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE GENERALE.....	6
<i>Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio</i>	<i>6</i>
<i>Art. 2- Altre assicurazioni.....</i>	<i>6</i>
<i>Art. 3- Forma delle comunicazioni del Contraente.....</i>	<i>6</i>
<i>Art. 4- Modifiche dell'assicurazione</i>	<i>6</i>
<i>Art. 5- Obblighi in caso di sinistro</i>	<i>6</i>
<i>Art. 6- Durata del contratto</i>	<i>6</i>
<i>Art. 7- Recesso in caso di sinistro</i>	<i>7</i>
<i>Art. 8- Pagamento del premio e decorrenza garanzia</i>	<i>7</i>
<i>Art. 9- Oneri fiscali</i>	<i>7</i>
<i>Art. 10- Foro competente.....</i>	<i>7</i>
<i>Art. 11- Broker incaricato.....</i>	<i>7</i>
<i>Art. 12- Rinvio alle norme di legge</i>	<i>8</i>
<i>Art. 13- Interpretazione del contratto.....</i>	<i>8</i>
<i>Art. 14- Mediazione ai sensi del D.Lgs. n°28 del 04.03.2010.....</i>	<i>8</i>
<i>Art. 15- Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Ln. 136/2010</i>	<i>8</i>
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	9
<i>Art. 1 - Oggetto dell' assicurazione</i>	<i>9</i>
<i>Art. 2 - Rischi esclusi.....</i>	<i>9</i>
<i>Art. 3 - Rischio volo</i>	<i>9</i>
<i>Art. 4 - Limite di età</i>	<i>10</i>
<i>Art. 5 - Persone non assicurabili.....</i>	<i>10</i>
<i>Art. 6 - Estensione territoriale.....</i>	<i>10</i>
<i>Art. 7 - Cambiamento dell' attività professionale e attività professionali diverse.....</i>	<i>10</i>
<i>Art. 8 - Denuncia dell' infortunio e obblighi relativi</i>	<i>10</i>
<i>Art. 9 - Criteri di indennizzabilità.....</i>	<i>10</i>
<i>Art. 10 - Morte</i>	<i>10</i>
<i>Art. 11 - Invalidità permanente.....</i>	<i>10</i>
<i>Art.12 - Modalità di valutazione del danno - Controversie</i>	<i>11</i>
<i>Art. 13 - Assicurazione per conto altrui.....</i>	<i>11</i>
<i>Art. 14 - Assicurazione nella forma di multipli di retribuzione</i>	<i>11</i>
<i>Art. 15 - Diritto di surrogazione</i>	<i>11</i>
<i>Art. 16 - Obbligo della Società di fornire annualmente i dati afferenti l'andamento del rischio</i>	<i>11</i>
<i>Art. 17 - Controversie – perizia contrattuale.....</i>	<i>12</i>
PERSONE / CATEGORIE E SOMME ASSICURATE	13
RISCHI ASSICURATI	14
CONDIZIONI PARTICOLARI	15
<i>A) - Eventi Sociopolitici.....</i>	<i>15</i>
<i>B) – Calamità Naturali</i>	<i>15</i>
<i>C) – Colpa Grave</i>	<i>15</i>
<i>D) – Rischio Guerra</i>	<i>15</i>
<i>E) – Ernie Traumatiche e da Sforzo – Ernie Addominali.....</i>	<i>16</i>

<i>F) – Rischio in Itinere (per le categorie a), b) e c)</i>	<i>16</i>
<i>G) – Regolazione Premio</i>	<i>16</i>
<i>H) – Morte Presunta.....</i>	<i>16</i>
<i>I) – Diabete.....</i>	<i>17</i>
<i>L) – Rimborso spese di cura.....</i>	<i>17</i>
<i>M) – Ubriachezza (solo per la categoria Dirigenti)</i>	<i>17</i>
<i>N) – Danni Estetici.....</i>	<i>17</i>
<i>O) – Rimpatrio Salma.....</i>	<i>17</i>
<i>P) – Rientro Sanitario</i>	<i>17</i>
<i>Q) – Esonero dall’obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici.....</i>	<i>17</i>
<i>R) – Esonero denuncia generalità degli Assicurati</i>	<i>17</i>
<i>S) – Variazione del rischio, Buona Fede.....</i>	<i>18</i>
<i>T) – Infortuni per i quali il contraente sia civilmente responsabile</i>	<i>18</i>
<i>U) – Anticipo Indennizzi</i>	<i>18</i>
<i>V) – Malattie professionali (solo per la categoria Dirigenti)</i>	<i>18</i>

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato.

Assicurazione	il contratto con il quale la Società, verso il pagamento di un premio, si obbliga a corrispondere l'indennizzo pattuito al verificarsi di un evento attinente alla vita I contratto di assicurazione
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione
Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Società	L'impresa assicuratrice
Broker	Il mandatario incaricato dal Contraente dell'assistenza nella gestione ed esecuzione del contratto
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione
Indennizzo/risarcimento:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Beneficiario	la persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente.
Scoperto	La parte percentuale di danno indennizzabile a termini di polizza che l'Assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro
Franchigia	Importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro
Invalidità permanente	la perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.

SCHEMA DI COPERTURA

Contraente / Assicurato	AMIU BONIFICHE S.p.a.	
Domicilio	Via Gabriele D'Annunzio 27 – Genova	
Codice Fiscale/Partita Iva	01266290996	
Categorie:	Capitali assicurati	
a) Amministratori:		
- Amministratore Unico	Morte €. 500.000,00	Invalità Permanente: €. 600.000,00
b) Dirigenti		
	Morte : 5 volte la R.A.L. con il massimo di €. 600.000,00	
	Invalità Permanente: 6 Volte la R.A.L. con il massimo di €. 700.000,00	
c) Infortuni Conducenti	Morte €. 155.000,00	Invalità Permanente: €. 185.000,00
d) Dipendenti (rischio in itinere)	Morte €. 155.000,00	Invalità Permanente: €. 185.000,00

Calcolo del premio:

Categorie:	N° / Retribuzioni	Premio lordo
a) Amministratori:		
- Amministratore Unico	1	€
b) Dirigenti	€. 50.000,00	€
c) Infortuni Conducenti	N° mezzi 48	€
d) Dipendenti (rischio in itinere)	€. 500.000,00	€
Premio lordo annuo		€.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento di rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. 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 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Tuttavia l'omissione, l'incompletezza o l'inesattezza della dichiarazione del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Art. 2- Altre assicurazioni.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per la copertura dei rischi assicurati con la presente polizza, salvo dare comunicazione a tutti gli assicuratori in caso di sinistro.

Art. 3- Forma delle comunicazioni del Contraente.

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata anche a mano, PEC o altro mezzo certo (telex o simili) indirizzata all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto o alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 4- Modifiche dell'assicurazione.

Le eventuali modifiche dell'assicurazione, devono essere provate per iscritto e pattuito da soggetto munito di poteri.

Art. 5- Obblighi in caso di sinistro

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

- a) fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno, le relative spese sono a carico della Società secondo quanto previsto dalla Legge ai sensi dell'art. 1914 C.C.
- b) darne avviso all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 15 giorni da quando l'ufficio del Contraente incaricato della gestione assicurativa ne ha avuto conoscenza. Nei casi di particolare gravità l'Assicurato è tenuto a darne notizia nel più breve tempo possibile;
- c) su richiesta della Società fare, nei 5 giorni successivi, dichiarazione scritta all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo, precisando, in particolare, il momento dell'inizio del sinistro, la causa presunta del sinistro e l'entità approssimativa del danno. Copia di tale dichiarazione deve essere trasmessa alla Società;
- d) conservare le tracce ed i residui del sinistro fino a liquidazione del danno senza avere, per questo, diritto ad indennità alcuna;
- e) predisporre un elenco dettagliato dei danni subiti con riferimento alla qualità, quantità e valore delle cose distrutte o danneggiate, nonché, a richiesta, uno stato particolareggiato delle altre cose assicurate esistenti al momento del sinistro con indicazione del rispettivo valore, mettendo comunque a disposizione i suoi registri, conti, fatture o qualsiasi documento che possa essere richiesto dalla Società o dai Periti ai fini delle loro indagini e verifiche.

Art. 6- Durata del contratto.

Il presente contratto decorre dalle ore 24 del 30/06/2020 fino alle ore 24 del 30/06/2023 e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta da ambo le parti. La scadenza anniversaria è fissata al 30/06 di ogni anno.

La Contraente si riserva la possibilità di richiedere la ripetizione di servizi analoghi, alle stesse condizioni economiche e normative, per un'ulteriore annualità, in conformità a quanto disposto dall'**art. 63, comma 5, del D.Lgs. 50/16**; la Contraente si impegna, a tal fine, ad inviare opportuna comunicazione alla Società con un preavviso non inferiore a

120 giorni antecedenti la data di scadenza. la Società potrà tuttavia opporre il proprio diniego alla ripetizione di servizi analoghi, inviando opportuna comunicazione alla Contraente entro 120 giorni dalla data di scadenza contrattuale.

Al fine di consentire l'espletamento o il completamento delle procedure di aggiudicazione dei nuovi contratti di assicurazione, la Società si impegna altresì a prorogare il presente contratto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, fino ad un massimo di **180 giorni**; la richiesta dovrà essere inviata dalla Contraente con un preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la data di scadenza contrattuale.

Art. 7- Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo la Società ed il Contraente possono recedere dal contratto dandone comunicazione scritta a mezzo Raccomandata A.R. dall'una all'altra Parte, con preavviso di 120 giorni. In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. Resta inteso che, in caso di recesso della Società o del Contraente dal presente contratto, tale recesso si intenderà esteso a tutti i contratti in corso con la Società aggiudicati a fronte del medesimo lotto, fermi i termini di preavviso di cui al 1° capoverso del presente articolo.

Art. 8- Pagamento del premio e decorrenza garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. A parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1901 C.C. le garanzie saranno valide anche se la prima rata di premio (effetto 30/06/2020) sia stata corrisposta entro i 30 giorni successivi alla data di decorrenza della suddetta polizza. Se il Contraente non paga il premio entro il termine di 30 giorni dalla rispettiva data di scadenza, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno in cui è pervenuta la comunicazione scritta da parte della Società e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento. Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art. 1901 C.C. vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Società o al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Ai sensi dell'art. 48 bis del DPR 602/1973 la Società dà atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'Art. 3 del Decreto.

Inoltre 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 e.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 9- Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli altri atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società

Art. 10- Foro competente.

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

Art. 11- Broker incaricato

Alla Società Ital Brokers S.p.a è affidata, per l'intera durata dell'appalto, la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna delle Parti le comunicazioni ricevute si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto. Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento IVASS n.05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi verrà fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del broker è a carico della Società. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società. La remunerazione del Broker non potrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente essendo la stessa parte dell'aliquota provvigionale riconosciuta dalla Compagnia di Assicurazione aggiudicataria alla propria rete di vendita diretta.

Art. 12- Rinvio alle norme di legge.

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme di Legge interne e comunitarie (art. 122 D.Lgs. 175/95 e s.m.i.).

Art. 13- Interpretazione del contratto

Si conviene fra la Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e favorevole al Contraente e/o Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 14- Mediazione ai sensi del D.Lgs. n°28 dei 04.03.2010

La Società prende atto che alle controversie inerenti il risarcimento del danno derivante da responsabilità oggetto della presente copertura assicurativa si applicano le disposizioni del D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

Le Parti si danno pertanto reciprocamente atto che nell'esecuzione del presente contratto assicurativo ciascuna di esse sarà tenuta ad assumere ogni iniziativa necessaria all'adempimento, entro i termini sanciti, degli oneri posti a carico dell'Assicurato dalle norme di legge e dal regolamento dell' Organismo prescelto per lo svolgimento del procedimento di mediazione. La domanda di mediazione può essere proposta dalla Contraente, su istanza della Società, o spontaneamente dalla Contraente stessa nei casi di cui all'ari. 5 comma 4 lettera 1) del Decreto. Se la domanda di mediazione è proposta dalla Controparte, la Contraente è tenuta ad informare la Società tempestivamente ed a fornire nei tempi più rapidi la documentazione necessaria per l'istruzione del sinistro e garantisce, salvo giustificato motivo, la propria partecipazione all'incontro tra le Parti entro i termini previsti.

In accordo con il regolamento dell'Organismo prescelto, la Contraente garantisce la propria partecipazione, diretta oppure con l'assistenza o la rappresentanza di un legale scelto di comune accordo tra le Parti, i cui oneri sono posti a carico della Società ed inoltre si adopera per assicurare la partecipazione degli altri soggetti del cui operato debba rispondere, quando ciò sia previsto o reso obbligatorio in base al regolamento dell'Organismo prescelto.

La Società riscontra in modo esplicito e per iscritto le proposte di conciliazione che le vengono proposte entro i termini previsti dalla procedura e fornisce comunque una propria motivata decisione con un preavviso tale da consentire alla Contraente il rispetto di ogni termine previsto dalla procedura di mediazione e dalla legge.

La Società riscontra e decide con le stesse forme in ordine alle eventuali proposte di conciliazione formulate dal mediatore ai sensi del 10 comma dell'art. 11. In caso di conciliazione la Società presta la propria assistenza nella stesura degli atti di transazione e di quietanza relativi.

La proposizione della domanda di mediazione produce fra le Parti gli stessi effetti della richiesta di risarcimento e della domanda giudiziale ai fini interruttivi e sospensivi della prescrizione.

Le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione sono posti a carico della Società.

Art. 15- Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Ln. 136/2010

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 della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione appaltante ed alla Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante. 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 CC. 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 CC, non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1 - Oggetto dell' assicurazione

L' assicurazione vale per gli infortuni che 1' Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Resta comunque inteso che la presente assicurazione sarà operante solamente per le attività descritte per ciascuna categoria di Assicurati alla voce "Rischi Assicurati".

Art. 2 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall' assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- b) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- c) da ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere
- d) da abuso di psicofarmaci, dall' uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato;
- g) in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata e non dichiarata, salvo quanto previsto all'articolo definito "Rischio guerra"
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell' atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).

Sono inoltre esclusi gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo.

Art. 3 - Rischio volo

L' assicurazione vale per gli infortuni che 1' Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

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 rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- € 1.040.000,00 per il caso di Morte
- € 1.040.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

complessivamente per aeromobile:

- € 5.200.000,00 per il caso di Morte
- € 5.200.000,00 per il caso di invalidità Permanente

Nell' eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contatti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui 1' Assicurato sale a bordo dell' aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Sono equiparati agli "Infortuni Aeronautici" anche gli infortuni derivanti da dirottamenti, sabotaggi, atti di pirateria ed attentati.

Art. 4 - Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, 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 al Contraente.

Art. 5 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 6 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 7 - Cambiamento dell'attività professionale e attività professionali diverse

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che il Contraente e/o Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta proporzione esistente tra il premio pagato ed il premio che avrebbe dovuto pagare in base alla nuova attività esercitata.

Art. 8 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio sarà presentata, per il tramite del Contraente, alla Società entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui il competente ufficio del Contraente stesso ne sia venuto a conoscenza. La denuncia indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà possibilmente corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

L'Assicurato, o in caso di morte, il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 9 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. "Invalidità Permanente" che segue sono diminuite tenendo conto del degrado di invalidità preesistente.

Art. 10 - Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica -anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 11 - Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in

proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e s.m.i., con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge. Nei confronti delle persone affette da manciniismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Art.12 - Modalità di valutazione del danno - Controversie

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, qualora previste, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 13 - Assicurazione per conto altrui

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

Art. 14 - Assicurazione nella forma di multipli di retribuzione

In relazione alle garanzie convenute ed alle somme assicurate risultanti dall'applicazione dei multipli indicati alla retribuzione annua di ciascun assicurato, resta inteso che per retribuzione si intende quanto, al lordo delle ritenute, l'Assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se di ammontare non fisso, con esclusione di quanto percepito a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere occasionale.

Per la liquidazione dell'indennità è considerata retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra, nei dodici mesi precedenti quello cui si è verificato l'infortunio.

Per gli assicurati che risultino alle dipendenze del Contraente da un periodo inferiore a 12 mesi, la retribuzione annua verrà conteggiata calcolando la media aritmetica delle retribuzioni mensili percepite siano al momento dell'infortunio e moltiplicando tale media per 12.

Art. 15 - Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 16 - Obbligo della Società di fornire annualmente i dati afferenti l'andamento del rischio.

La Società s'impegna a fornire al Contraente ogni mese, entro il 15 del mese successivo, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- numero del sinistro:

- data di accadimento,
importo pagato:
- importo riservato;
- importo franchigia.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di attivazione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate

Art. 17 - Controversie – perizia contrattuale

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti debbono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

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

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

PERSONE / CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

A) AMMINISTRATORI

Amministratore Unico	Morte	€. 500.000,00
	Invalità Permanente	€. 600.000,00

La somma assicurata per Invalità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

1) 5% sulla somma eccedente € 207.000,00 e fino a € 310.000,00

2) 10% sulla somma eccedente € 310.000,00

Pertanto sulla somma assicurata:

- eccedente €. 207.000,00 e fino a €. 310.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalità permanente è di grado non superiore al 5% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 5%;

- eccedente €. 310.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalità permanente è di grado non superiore al 10% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 10%.

Nel caso in cui l'invalità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

B) DIRIGENTI

MORTE 5 volte retribuzione annua lorda con il massimo di	€. 600.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE 6 volte retribuzione annua con il massimo di	€. 700.000,00

Limitatamente alla categoria Dirigenti non sarà prevista alcuna franchigia ed inoltre, qualora l'invalità permanente conseguente ad infortunio o a malattia professionale e malattie tropicali comporti l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente ed una riduzione permanente delle capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 50%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

C) CONDUCENTI VEICOLI DEL CONTRAENTE

MORTE	€. 155.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE	€. 185.000,00

D) DIPENDENTI (rischio in itinere)

MORTE 5 volte retribuzione annua lorda con il massimo di	€. 155.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE 6 volte retribuzione annua con il massimo di	€. 185.000,00

Si precisa che la presente copertura opera esclusivamente per il caso di morte o per il caso di Invalità Permanente totale, secondo la normativa Inail.

Massima esposizione della Società per singolo evento

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone in conseguenza di un unico evento, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare un importo pari ad Euro 2.500.000,00 sia per il caso morte che per il caso d'invalità permanente. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale somma, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

RISCHI ASSICURATI

- Categoria a) **AMMINISTRATORI:** l'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti a causa ed in occasione dello svolgimento delle funzioni inerenti la loro specifica carica, compresi trasferimenti e missioni per l'espletamento di dette funzioni, effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione, ad eccezione di ciclomotori e motocicli.
- Categoria b) **DIRIGENTI:** l'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti sia per lo svolgimento di attività avente carattere professionale sia di carattere extra- professionale
- Categoria c) **CONDUCENTI VEICOLI DEL CONTRAENTE:** l'assicurazione è prestata per gli infortuni occorsi al personale dipendente e non che si trovi alla guida, autorizzato dal Contraente e per ragioni di servizio, di un mezzo di locomozione di proprietà, in affitto, in comodato o comunque a disposizione del Contraente, nonché alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto. L'assicurazione opera per gli infortuni occorsi durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia.
Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai mezzi di trasporto, nonché gli infortuni subiti in caso di riparazioni di emergenza effettuate dagli Assicurati sulla strada sia per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia che per spostare il mezzo stesso dal flusso del traffico o per reinserirlo nel traffico medesimo.
La Società rinuncia alla preventiva identificazione dei mezzi, per cui faranno fede gli elenchi del Contraente.
- Categoria d) **DIPENDENTI (RISCHIO IN ITINERE) :** L'assicurazione prestata con la presente polizza è operante per il personale dipendente assegnato, anche temporaneamente, presso le sedi delle discariche di Scarpino e Birra;

Limitatamente alla categoria d) la presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia autorizzato il trasporto se non coperti dall'assicurazione obbligatoria di cui al Titolo X del D.Lgs.vo n. 209/2005.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- intossicazioni e/o avvelenamenti anche aventi origine traumatica;
- le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi
- le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- le ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- i colpi di sole o di calore o di freddo, le folgorazioni ;
- le lesioni (esclusi infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- L' assicurazione vale anche per:
 - gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
 - gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
 - gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
 - gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.
 - gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere
 - gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motori e natanti a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima
 - le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V. e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente;

Entro tre giorni dal verificarsi dall'evento accidentale l'assicurato deve fare la denuncia; la denuncia deve essere certificata/confermata dall'Ente Datore di lavoro o dall'Ente presso il quale l'assicurato stava prestando la sua opera nel momento del presunto contagio.

Entro sei giorni dall'evento (oggetto della denuncia) l'assicurato deve sottoporsi a test HIV presso un centro specializzato indicatogli dalla Società:

1. se il test dà un risultato positivo si presume convenzionalmente che il contagio sia imputabile a causa diversa dal fatto denunciato e precedentemente lo stesso;
2. se detto test dà risultato negativo, entro 180 giorni dall'evento l'assicurato deve sottoporsi ad un secondo test HIV: l'eventuale risultato positivo viene assunto come prova che il contagio è avvenuto a causa dell'evento denunciato e l'assicurato ha diritto ad un indennizzo pari al 15% della somma assicurata per invalidità permanente.

A) - Eventi Sociopolitici

L' assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria, atti violenti , purché 1' Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

B) – Calamità Naturali

Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, maremoto eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, smottamenti, valanghe, slavine grandine e neve.

C) – Colpa Grave

L' assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell' assicurato.

D) – Rischio Guerra

L' assicurazione vale, in deroga a quanto altrove diversamente previsto, anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezioni per il periodo massimo di 14 giorni dall' inizio delle ostilità, se ed in

quanto 1' Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all' estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano rassicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della repubblica di San Marino.

E) – Ernie Traumatiche e da Sforzo – Ernie Addominali

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:

- qualora l'ernia, anche se bilaterale, sia operabile, viene corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

F) – Rischio in Itinere (per le categorie a), b) e c)

L'assicurazione vale anche durante il percorso degli assicurati dall'abitazione al luogo di lavoro o di svolgimento dell'attività assicurata e viceversa.

G) – Regolazione Premio

Il premio convenuto anticipato in via provvisoria è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per il conguaglio e cioè:

- categorie a) Amministratori: numero effettivo degli Assicurati;
- categoria b): Dirigenti: retribuzioni consuntive annue
- categorie c): Conducente veicoli del contraente: numero veicoli consuntivo;
- categorie d): Altri Dipendenti: retribuzioni annue consuntive.

Il Contraente è esonerato dall' obbligo della comunicazione delle inclusioni/esclusioni intervenute nel corso dell' anno, e pertanto le stesse si intendono automaticamente comprese e/o escluse: a tale proposito relativamente alla data di entrata e/o uscita fanno fede i documenti ufficiali che l' Ente si impegna ad esibire in qualsiasi momento.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 30 giorni dalla presentazione al Contraente della relativa appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento della differenza attiva dovuta da parte del Contraente, la Società deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa sino alle ore 24,00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi.

E' fatto salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie 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 e ciò sino all'adempimento di tali obblighi.

Qualora all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili.

H) – Morte Presunta

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di Morte presunta ai sensi dell'art. 60 e 62 del C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di Morte, a condizione che:

- a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b) possa ragionevolmente desumersi che la Morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza in vita, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi, l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito.

I) – Diabete

A maggior precisazione di quanto indicato nelle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, l'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete. In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo a sensi di quanto previsto dalle garanzie di polizza.

L) – Rimborso spese di cura

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del limite pattuito, le spese documentate rimaste a carico dell'Assicurato per:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria e materiale d'intervento, rette di degenza in ospedale o clinica;
- medicinali e terapie fisiche prescritti dai medici curanti;
- onorari medici;
- accertamenti diagnostici;
- protesi dentarie

Limite di risarcimento per evento €. 5.000,00.

M) – Ubriachezza (solo per la categoria Dirigenti)

A parziale rettifica di quanto indicato nell'art. delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti all'uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o abuso di psicofarmaci.

N) – Danni Estetici

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, con conseguenze di carattere estetico che tuttavia non comportino alcun indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 2.600,00, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

O) – Rimpatrio Salma

L'assicurazione comprende per ogni infortunio indennizzabile a termini di polizza avvenuto all'estero che provochi il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo della sepoltura in Italia; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 1.500,00.

P) – Rientro Sanitario

Qualora le condizioni dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza rendano necessario il suo trasporto in ospedale in Italia o alla sua residenza, la Società provvede al riguardo col mezzo di trasporto ritenuto più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea di classe economica eventualmente in barella, il treno di prima classe e, occorrendo il vagone letto). Sono altresì comprese l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio se necessarie. La garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 2.600,00.

Q) – Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici

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

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'articolo "Denuncia dell'Infortunio e obblighi relativi" delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

R) – Esonero denuncia generalità degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

S) – Variazione del rischio, Buona Fede

A parziale deroga delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale, si conviene che l'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, così come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva.

T) – Infortuni per i quali il contraente sia civilmente responsabile

La Società assicura il Contraente per il caso in cui l'Assicurato o, in caso di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino a completa tacitazione per l'infortunio, le indennità liquidate a termini di polizza ed avanzino nei confronti del Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile. Verificandosi tale caso, le predette indennità vengono accantonate per essere computate nel risarcimento.

U) – Anticipo Indennizzi

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, 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.

V) – Malattie professionali (solo per la categoria Dirigenti)

La garanzia si intende estesa alle malattie professionali entro i limiti di cui al D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 e viene prestata per i capitali assicurati per la garanzia base infortuni.

La garanzia stessa non è operante per le malattie professionali che si manifestassero dopo dodici mesi dalla data di esclusione dell'assicurato dal presente contratto o dalle date di scadenza delle polizze stesse.

E' condizione essenziale che l'assicurato non presenti – al momento dell'inizio dell'assicurazione- alcuno stato morboso riferibile alle infermità oggetto della garanzia.

Gli eventuali indennizzi saranno effettuati in contanti e non in rendita.