

LOTTO N° 2



CAPITOLATO INFORTUNI

DEFINIZIONI

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

ASSICURAZIONE

il contratto di assicurazione

POLIZZA

il documento che prova l'assicurazione

CONTRAENTE

Il soggetto che ha stipulato il contratto nell'interesse proprio e di altre persone

ASSICURATO

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

SOCIETÀ

l'impresa assicuratrice

PREMIO

la somma dovuta dal Contraente alla Società

RISCHIO

la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne

SINISTRO

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa

INDENNITA'

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

BROKER

La G.E. Insurance Broker srl,intermediario di assicurazioni a cui il Contraente ha affidato la gestione del contratto

FRANCHIGIA

Parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato

RISCHI PROFESSIONALI

Gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle proprie occupazioni professionali, compresi gli infortuni che l'assicurato subisca durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione al luogo di lavoro, nel tempo necessario alla sua effettuazione e sempre che gli infortuni stessi siano stati regolarmente denunciati all'INAIL

RISCHI EXTRAPROFESSIONALI

Gli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento delle attività familiari, di vita di relazione e del tempo libero nonché di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

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 o un'inabilità temporanea

INVALIDITA' PERMANENTE

Perdita, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione

INABILITA' TEMPORANEA

La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria normale attività

RICOVERO

Degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento

DAY HOSPITAL

Degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**Art. 1 -Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

In deroga agli art. 1892, 1893, 1894 e 1898 del C.C. l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente assicurato di una circostanza che eventualmente modifichi o aggravi il rischio, così come l'incompleta o inesatta dichiarazione all'atto della stipulazione della presente polizza o durante il corso della stessa, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, fermo quanto previsto dagli Artt. 5 e 6 che seguono. Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del sinistro della modifica delle attività del Contraente a seguito di variazione della normativa vigente regolante l'attività del Contraente medesimo.

Art. 2-Durata del Contratto

Il presente contratto ha validità dalle ore 24.00 del 31.05.2017 alle ore 24.00 del 31.05.2018 (scade e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta).

Art. 3 -Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 (trenta) giorni dal ricevimento della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura, che altrimenti avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze. (Art.1901 cc). I premi potranno essere pagati alla Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnato il contratto per il tramite del Broker incaricato. Si considera come data di avvenuto pagamento quella di emissione del relativo mandato da parte della Contraente.

Art. 4 -Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria, sulla base di un preventivo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo

le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza. A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo e cioè i chilometri percorsi durante il periodo di assicurazione dagli assicurati autorizzati a servirsi di autovettura privata per motivi di servizio. L'eventuale differenza attiva risultante dalla regolazione, deve essere pagata nei sessanta giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società. Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza dovuta, la Società può 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 annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto. Per i contratti scaduti, se l'Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. 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. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75 % di quello dell'ultimo consuntivo.

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

Art. 5- Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 6- Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione alla Società di ogni aggravamento del 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 del C.C..

Art. 7- Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'Art. 1897 del C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 8- Assicurazione presso diversi assicuratori

Se sulle medesime cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il Contraente o l'Assicurato deve dare a ciascun assicuratore, comunicazione degli altri contratti stipulati. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

Art. 9-Limite massimo dell'indennizzo

Salvo il caso previsto dall'Art. 1914 del C.C., per nessun titolo la Società potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata.

Art. 10-Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e sino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere, con preavviso di 90 giorni, dalla presente polizza. Nel caso di recesso intimato dalla Società, essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 11 -Oneri fiscali

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

Art. 12-Rinvio alle norme di legge

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

Art. 13-Foro competente

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto e quale sede arbitrale si dichiara competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede l'Ente Contraente.

Art. 14 -Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

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

Art. 15-Disciplinazione dell'Appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza, ancorché non allegati: Capitolato speciale d'Appalto, offerta economica, bando di gara, disciplinare di gara, dichiarazioni e corredo dell'offerta.

Art. 16 -Coassicurazione e delega (ove previsto)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla G.E. Insurance Broker srl e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla G.E. Insurance Broker srl, la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento, se avvenuto per il tramite del broker, verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici. Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella di riparto.

Art. 17- Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge le parti contraenti riconoscono alla Società G.E. Insurance Broker srl, Via di Val Cannuta 185/c-00166 Roma, tel. 06.66410487-6654186 , telefax +39-0666410480, iscritta al RUI al n. B000205722(in seguito denominato anche Broker) , il ruolo di cui al D.Lgs.209/2005 (ex legge 792/94) convertito con modificazioni dalla L. n. 265/2002relativamente alla predisposizione del Capitolato Speciale di Appalto, alla conclusione della relativa polizza ed alla assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali per tutto il tempo della durata.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente :

- che il broker nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della corrispondenza formale e sostanziale dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizioni degli stessi da parte delle Compagnie Assicuratrici;
- che tutte le comunicazioni, tutte le corrispondenze anche in materia di sinistri e di gestione degli stessi, nonché tutti i rapporti amministrativi inerenti l'esecuzione del contratto, saranno trasmesse dall'una all'altra parte per il tramite del suddetto Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società in relazione alla presente polizza venga effettuato dall'Ente Contraente per il tramite del Broker,
- che l'opera del Broker verrà remunerata, secondo gli usi del mercato nazionale ed internazionale, confermati dalla giurisprudenza, dalle Compagnie di Assicurazione con le quali viene stipulato il contratto, secondo gli accordi o i convenuti in essere con le Compagnie medesime;
- la remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per la Contraente e verrà trattenuto sulle rimesse dei premi di assicurazione all'atto della loro rendicontazione alla Compagnie.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Art.18-Trattamento dei dati

Il Contraente ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 autorizza al trattamento dei dati personali, disgiuntamente la Società ed il Broker.

Art.19-Interpretazione del contratto

Si conviene tra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali varrà l'interpretazione più estensiva e favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

PRESTAZIONI

Art. 20 – Denuncia del sinistro e relative obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento,nonce le cause che lo hanno determinate, dovrà essere corredata di certificate medico ed indirizzata o al Broker o alla Società, entro il 9° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, L'assicurato o i suoi aventia diritto ne abbiano avuto la possibilità. Avvenuto l'infortunio , l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino ad avvenuta guarigione, certificate medici sul decorso delle lesion, nonce le fatture, notule e ogni altro document comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato

o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediato avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 21– Morte

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

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Cod. Civ..

Art. 22 – Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata 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 si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Art. 23 – Inabilità temporanea

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquidano l'indennità giornaliera:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere completamente alle sue occupazioni;
- b) al 50%, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere in parte alle sue occupazioni.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

Art. 24 – Rimborso spese di cura

Per la cura di lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, sino alla concorrenza del massimale assicurato, le spese sostenute per:

- ricovero o intervento chirurgico in day hospital: spese sostenute per degenza in istituto di cura per onorari di medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, trattamenti riabilitativi, rette di degenza;
- prestazioni sanitarie extra-ricovero: spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari medici, interventi chirurgici ambulatoriali, cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie;
- intervento riparatore di danno estetico (deturpazione obiettivamente constatabile): spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 25 - RISCHIO ASSICURATO , PERSONE E SOMME ASSICURATE

Gruppo 1- Dirigenti / Quadri / Impiegati della Contraente

L'assicurazione è operante per i soli rischi professionali (incluso il rischio in itinere espressamente richiamato in polizza) di ciascun dirigente,quadro,impiegato della Contraente e per le seguenti somme ed indennità:

- **CASO MORTE**
5 volte la retribuzione lorda annua con il massimo di somma assicurata pari ad € 550.000,00
- **CASO INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO**
6 volte la retribuzione lorda annua con il massimo di somma assicurata pari ad € 550.000,00
- **CASO RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO**

Euro 5.500,00

Gruppo 2- Amministratore unico/ Direttore Generale /Revisori contabili della Contraente

L'assicurazione è operante per i rischi professionali (incluso il rischio in itinere) dell' Amministratore unico ,Direttore Generale e Revisore contabile della Contraente e per le seguenti somme ed indennità:

- **CASO MORTE**
somma assicurata pari ad € 260.000,00
- **CASO INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO**
somma assicurata pari ad € 310.000,00
- **CASO RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO**
Euro 5.500,00

L'indennità per invalidità permanente da infortunio è liquidata al 100% quando in conseguenza d'infortunio avvenuto in occasione di lavoro o di malattia professionale, l'attitudine del Dirigente assicurato sarà ridotta tanto da non consentire il rapporto di lavoro.

Gruppo 3- Personale della Contraente in missione

L'assicurazione è operante per i rischi professionali di personale in missione della Contraente e/o altre persone non dipendenti (CO.CO.CO) per le seguenti somme ed indennità:

- **CASO MORTE**
somma assicurata pari ad € 130.000,00
- **CASO INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO**
somma assicurata pari ad € 150.000,00
- **CASO RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO**
Euro 5.500,00

Gruppo 4 – Portavalori della Contraente

L'assicurazione è operante per i soli rischi professionali (compreso il rischio in itinere espressamente richiamato in polizza) del personale della Contraente con mansioni di portavalori per le seguenti somme

- **CASO MORTE**
somma assicurata pari ad € 100.000,00
- **CASO INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO**
somma assicurata pari ad € 100.000,00

CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE

Art.26-Altre Assicurazioni

In deroga alle norme che regolano l'assicurazione in generale , Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali Assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre società.

Art.27-Assicurazione inbase all'ammontare delle retribuzioni

a)agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute,il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni. Sono comprese le indennità fisse , i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura anche se di carattere transitorio o di contingenza. Resta inteso che dette retribuzioni debbano risultare regolarmente registrate sui libri contabili o altri supporti paritetici, tenuti dalla Contraente a norma delle vigenti leggi in materia.

b) per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato, quella percepita nei dodici mesi che precedono il mese in cui si è verificato l'infortunio. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto l'anno di Servizio, è considerata retribuzione annua, quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo decorrente dall'assunzione in Servizio fino al giorno dell'infortunio. Sono considerate agli effetti della media anche i giorni lavorativi.

c) entro sessanta giorni dalla fine d'ogni anno d'assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla società l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato. Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 gg dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della società. Qualora il Contraente non effettui, nei termini prescritti, la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15gg. Trascorso tale termine il premio anticipato, in via provvisoria, per le rate successive, è considerato in conto o a garanzia di quello relativo alla annualità assicurativa per la quale non è avvenuta la regolazione od il pagamento della differenza attiva. L'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la società d'agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

Art.28-Assicurazione in base all'ammontare dei km percorsi con auto propria per missioni comandate dalla Contraente (valida esclusivamente per le persone assicurate al gruppo 3).

d) entro sessanta giorni dalla fine d'ogni anno d'assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla società l'ammontare complessivo dei km percorsi dal personale assicurato. Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 gg dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della società. Qualora il Contraente non effettui, nei termini prescritti, la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15gg. Trascorso tale termine il premio anticipato, in via provvisoria, per le rate successive, è considerato in conto o a garanzia di quello relativo alla annualità assicurativa per la quale non è avvenuta la regolazione od il pagamento della differenza attiva. L'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la società d'agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

DELIMITAZIONI

Art.29 – Oggetto dell'assicurazione

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli 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 sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.
- alle malattie professionali ,limitatamente ai Dirigenti, intendosi come tali quelle attualmente previste nella tabella allegata n. 4 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e con l'applicazione della franchigia ivi prevista.

Art. 30 - Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 21 – Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- g) stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore.

Art. 31 – 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 non), 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. 32 – Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 Cod.Civ..

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

Art. 33 – Rischi Aeronautici

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di **Euro 1.000.000,00** per il caso di morte, **Euro 1.000.000,00** per il caso di invalidità permanente totale e **Euro 250,00** giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di **Euro 5.000.000,00** per il caso morte, **Euro 5.000.000,00** per il caso di invalidità permanente totale e di **Euro 5.000,00** giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. 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 contratti.

Art. 34 – Limiti territoriali e di risarcimento

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

Art. 35 – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli ottanta 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. 36 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressivi o stati paranoici, AIDS, insulinodipendenti.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

Coassicurazione e delega (clausola opzionale in caso di coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato. Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile.....,all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza, (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile.....la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese, si deroga totalmente al disposto di cui all'art.1911 del codice civile, essendo tutte le imprese responsabili in solido.

La delega assicurativa è assunta dall'impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'impresе concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

FRANCHIGIE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 37 -FRANCHIGIA

(si lascia libero l'assicuratore di formulare proposta alternativa, che non alteri quanto previsto al punto a.)

Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente - Senza Franchigia Iniziale

“La somma assicurata viene corrisposta per intero nel caso di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% della totale.

Nel caso di Invalidità Permanente inferiore al 60% della totale viene corrisposta, in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i seguenti parametri:

- a) sulla parte di somma assicurata fino ad € 150.000,00, l'Indennizzo viene liquidato senza applicazione di alcuna Franchigia;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente € 150000,00 e fino ad € 350.000,00, con deduzione di una Franchigia del 5% del grado di Invalidità Permanente accertato;
- c) sulla parte di somma assicurata eccedente € 350000,00 e fino ad € 700.000,00 con deduzione di una Franchigia pari al 10% del grado di Invalidità Permanente accertato;
- d) sulla parte di somma assicurata eccedente € 700000,00, con deduzione di una Franchigia pari al 15% del grado di Invalidità Permanente accertato.

Qualora l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o superiore al 30% l'Indennizzo relativo viene liquidato senza applicazione di alcuna Franchigia.”

CALCOLO DEL PREMIO

Assicurati

	PARAMETRO PREVENTIVO		TASSO ANNUO A BASE OFFERTA	PREMIO FINITO ANNUO A BASE OFFERTA
GRUPPO 1	PREVENTIVO RETRIBUZIONI ANNUE LORDE	€ 4.657.507,70	2,40 PRO MILLE	€ 11.178,01
GRUPPO 2	-1 AMMINISTRATORE UNICO -1 DIRETTORE GENERALE -1 REVISORI		€ 280,00 Pro capite € 50,00 Pro capite	€ 560,00 € 100,00
GRUPPO 3	PREVENTIVO RETRIBUZIONI ANNUE LORDE	€ 70.000,00	2,60 PRO MILLE	€ 182,00
GRUPPO 4	-1 PORTAVALORI		€ 100,00	€ 100,00
		TOTALE PREMIO annuo		€ 12.120,01

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio anticipato pro periodo dalla Contraente viene così calcolato :

Premio a base offerta

Premio netto	Accessori	Premio imponibile	Imposte	Premio lordo
11.824,40		11.824,40	2,50 %	12.120,01

Premio offerta

Premio netto	Accessori	Premio imponibile	Imposte	Premio lordo
			2,50 %	

Rimane convenuto tra le parti che la regolazione premio da effettuarsi a norma dell'art.4 del presente capitolato, verrà calcolato sulla base del tasso finito espresso nel presente articolo

Art. 38 -Riparto di coassicurazione

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate :

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 39 – Garanzia extraprofessionale Assicurati al Gruppo 1) Dirigenti/quadri/Impiegati

Ad adesione personale .

<u>Premio annuo imponibile</u>	<u>€ 6,00 pro mille</u>
<u>Imposte</u>	€
<u>TOTALE</u>	€

Data

...../..li...../...../.....

LA SOCIETA'

Timbro e firma

MODELLO DI DICHIARAZIONE ECONOMICA DELL'OFFERTA

CONcccTENUTOcc

ECONOMICO

PREMIO LORDO ALLA FIRMA (31/05/2017-31/05/2018) Euro.....

PREMIO LORDO PERIODO Euro.....

Tutti i corrispettivi indicati si intendono espressi in Euro al lordo dell'imposta

RIPARTO DI COASSICURAZIONE (eventuale)

L'offerta deve essere espressa in Euro e deve riportare al massimo due cifre decimali. Nel caso in cui venissero indicati più decimali, l'Agenzia procederà automaticamente all'arrotondamento in difetto qualora la terza cifra sia compresa tra zero e cinque, ed in eccesso qualora la terza cifra sia compresa tra sei e nove.

COMMISSIONE AL BROKER

Si precisa che l'offerta è stata formulata considerando una commissione a favore del broker del 7 % sul premio imponibile e che tale remunerazione non rappresenterà alcun costo aggiuntivo per l'ARSIAL.

Data

...../..li...../...../.....

LA SOCIETA'

Timbro e firma